

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI INCIDENTE

COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA INCIDENTE IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO FAX ALLO 06 6992.0924 ENTRO 5 GIORNI DALL'EVENTO STESSO A :

**Ufficio sinistri - A.S.I. Nazionale –
Via della Colonna Antonina ,41 – 00186 Roma
Tel. 06 6992.0228 - [N. 06.6992.0924](tel:06.6992.0924) e-mail: segreteria@alleanzasportiva.it**

L'ASSICURATO DOVRA':

- 1. ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA COMPILATO IN OGNI SINGOLA VOCE**
 - CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL' D Lgs 196/2003 PER LA SOCIETA' **Assiteca SpA**
 - FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
 - FOTOCOPIA DELL'EVENTUALE VERBALE REDATTO DALL'AUTORITA' INTERVENUTA SUL LUOGO DEL SINISTRO
 - FOTOCOPIA DELL'EVENTUALE ELENCO INVIATO
- 2. SEGNALARE SEMPRE AL DANNEGGIATO IL TIPO DI DOCUMENTAZIONE SOTTO RIPORTATA NECESSARIA PER UNA COMPLETA ISTRUTTORIA DEL DANNO**

IL DANNEGGIATO DOVRA' PRODURRE:

NEL CASO DI DANNI A COSE :

- RICHIESTA DANNI
- CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART.10 LEGGE 31.12.96 N.675 PER LA SOCIETA' LA SOCIETA' **Assiteca SpA**
- PREVENTIVO, FATTURA O COMUNQUE GIUSTIFICATIVI SPESE (IN ORIGINALE)
- FOTOGRAFIE DEI PARTICOLARI DANNEGGIATI
- COPIA DEL LIBRETTO DI CIRCOLAZIONE (NEL CASO L'OGGETTO DANNEGGIATO FOSSE UN AUTOVEICOLO)
- EVENTUALI DICHIARAZIONI TESTIMONIALI DI TERZI PRESENTI AL FATTO
- FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
- COPIA DEL VERBALE DELLE AUTORITA' INTERVENUTE SUL LUOGO DEL SINISTRO

NEL CASO DI LESIONI PERSONALI :

- RICHIESTA DANNI
- FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
- CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART.10 LEGGE 31.12.96 N.675 PER LA SOCIETA' **Assiteca SpA**
- DOCUMENTAZIONE MEDICA
- GIUSTIFICATIVI SPESE MEDICHE (IN ORIGINALE)
- CERTIFICATO DI GUARIGIONE
- EVENTUALI DICHIARAZIONI TESTIMONIALI DI TERZI PRESENTI AL FATTO
- COPIA DEL VERBALE DELLE AUTORITA' INTERVENUTE SUL LUOGO DEL SINISTRO

TESTIMONI

Cognome/Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX

Cognome/Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX

Data compilazione

Firma del Danneggiante/Assicurato

Firma dell'Assicurato per il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30.06.2003 .

Firma _____

Firma _____

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSOCIAZIONE

(solo se danneggiante Tesserato)

Associazione di appartenenza		Nome del Presidente	
CAP	Comune	Fax	CODICE DI AFFILIAZIONE

SI DICHIARA CHE TUTTO QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE A VERITA'

Eventuali Note

Timbro e firma del Presidente dell'Associazione

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASI NAZIONALE

(verifica Regolarità Amministrativa Danneggiante)

Cognome/Nome (se tesserato) – Denominazione (se Associazione)	Numero tessera (se tesserato) - codice affiliazione (se Associazione)
Data rilascio Tessera/Affiliazione	Data scadenza Tessera/Affiliazione

Timbro e firma - ASI Nazionale

N.B.: COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA INCIDENTE IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO FAX ALLO 06 6992.0924 ENTRO 5 GIORNI DALL'EVENTO STESSO A :

Ufficio sinistri - A.S.I. Nazionale –
Via della Colonna Antonina ,41 – 00186 Roma
Tel. 06 6992.0228 - [N. 06.6992.0924](tel:06.6992.0924) e-mail: segreteria@alleanzasportiva.it