

**MODULO DENUNCIA SINISTRO
SPORTIVI PROFESSIONISTI - LEGAPRO**

(DA COMPILARSI IN STAMPATELLO)

N. SINISTRO

A POLIZZA N. IITPIN17O0036 "OBBLIGATORIA ART.20"

DATI DELL'INFORTUNATO

COGNOME:		NOME:	
NATO A:		IL:	
PATERNITA' e MATERNITA' (obbligatoria per infortunio a minore):			
INDIRIZZO:		N:	
COMUNE :	PROV:	CAP:	
COD. FISC.		TEL:	
FAX (solo di Abit o Uff	CELL.		

N° TESSERA LEGA ITALIANA CALCIO PROFESSIONISTICO dell'Infortunato: _____

E-MAIL: _____

TIPO TESSERA LEGA ITALIANA CALCIO PROFESSIONISTICO dell'Infortunato:

(barrare con una "X" le caselle "□" e fornire le informazioni eventualmente necessarie)

- CALCIATORE PROFESSIONISTA
- STAFF TECNICO PROFESSIONISTA

Si richiede che l'eventuale liquidazione del sinistro venga effettuata tramite bonifico bancario: SI NO

BANCA _____ AGENZIA DI _____

c/c n. _____ intestato a _____ ABI _____ CAB _____

ESTREMI dell'INFORTUNIO

DATA _____ ORA _____ Gara/Allenamento/Trasferimento _____

LUOGO _____ PROV. _____

DESCRIZIONE CHIARA E DETTAGLIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO:

TESTIMONI (nome, cognome, indirizzo e telefono): _____

INFORTUNI PRECEDENTI: SI NO In data: _____

QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO? _____

DATA ____ / ____ / ____ FIRMA DELL'INFORTUNATO _____

DACOMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA:

SOCIETA':		MATRICOLA NUMERO:	
INDIRIZZO:		N.	
COMUNE:	PROV:	CAP:	
TEL. FAX:	E-MAIL:		
DATA ____ / ____ / ____	TIMBRO	FIRMA	

IL PRESENTE MODULO DOVRA' ESSERE SPEDITO PER RACCOMANDATA R.R. O PEC: (mizar_aziende@pec.it)

**CENTRO GESTIONE SINISTRI - POLIZZA INFORTUNI AM TRUST - OBBLIGATORI A ART. 20
MIZAR INTERNATIONAL INSURANCE BROKERS SRL - VIA GIACOMO PERONI, 400/402 - 00131 ROMA**

Contatti : Pino Renzi - TEL. 06.45598652 - Indirizzo e/mail : p.renzi@mizarbrokers.it