

## Allegato (C) **DENUNCIA SINISTRO RESPONSABILITA' CIVILE**

Le denunce compilate vanno inviate, entro massimo 30 gg dalla data dell'evento e saranno efficaci solo se inoltrate per e-mail a [infortuni@csain.it](mailto:infortuni@csain.it), in casi diversi o di controversie, inviare raccomandata A.R. a: Segreteria CSAIn Viale dell'Astronomia, 30 – 00144 Roma. Per info 3381492018.

### **Dati relativi al Sinistro:**

Data avvenimento \_\_\_\_\_ Comitato Provinciale \_\_\_\_\_  
Localita' \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
Tipo attivita' \_\_\_\_\_ sodalizio \_\_\_\_\_

### **Nominativo Assicurato:**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_  
Tessera associativa nr° \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_

### **Descrizione dell'evento CSAIn (cause, responsabilità e danni provocati)**

---

---

---

---

### **Danneggiati: (nome ,cognome, età, indirizzo e professione)**

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

### **Rapporti esistenti tra assicurato e danneggiato/i: (specificare se di parentela)**

---

---

### **Autorità intervenute e/o testimoni: (nome cognome indirizzo e carta di identità da allegare)**

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato

Firma del Presidente della Società

Firma del responsabile comitato territoriale CSAIn

*Allegati: Copia carta di identità del testimone/i, fotocopia tessera associativa CSAIn, fotocopia codice fiscale, e se trattasi di tessera integrativa allegare fotocopia versamento adozione integrativa.*