



# DENUNCIA SINISTRO

Spett.le ASD FIVL  
Via Salbertrand, 50 10146 TORINO  
Tel. 011.744.991 - fax 011.752.846

## TIPO DI ASSICURAZIONE

(Specificare il tipo di assicurazione barrando l'apposita casella)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> R.C.T. PILOTI                 | <input type="checkbox"/> R.C.T. SCUOLA         |
| <input type="checkbox"/> R.C.T. BIPOSTO                | <input type="checkbox"/> R.C.T. MANIFESTAZIONE |
| <input type="checkbox"/> INFORTUNIO ISTRUTTORE         | <input type="checkbox"/> INFORTUNIO ALLIEVI    |
| <input type="checkbox"/> INFORTUNIO BIPOSTO PASSEGGERO | <input type="checkbox"/> INFORTUNIO PILOTA     |

## ASSICURATO

Cognome ..... Nome .....

Scuola/Organizzazione .....

Attestato n° ..... scadenza visita medica .....

Indirizzo..... Cap..... Città .....

Tel..... E-mail.....

Iscrizione F.I.V.L n°..... Certificato di assicurazione n°.....

Certificazione Scuola n°.....

**DICHIARO DI AVER STIPULATO ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE PER LA STESSA ATTIVITÀ**

SÌ     NO

## DANNEGGIATO

DANNI A PERSONE                       DANNI A COSE

Nominativo danneggiato .....

Indirizzo ..... Cap ..... Città ..... Tel .....

Tipo di danno arrecato: .....

.....

## INCIDENTE

Località ..... Data ..... Ora .....

Descrizione dettagliata dinamica dell'evento: .....

.....  
.....  
.....

## TESTIMONI PRESENTI

Cognome ..... Nome .....

Indirizzo ..... Cap ..... Città ..... Tel.....

Cognome ..... Nome .....

Indirizzo ..... Cap ..... Città ..... Tel.....

Cognome ..... Nome .....

Indirizzo ..... Cap ..... Città ..... Tel .....

## AUTORITÀ INTERVENUTE

CARABINIERI     POLIZIA     VIGILI URBANI     ALTRE .....

specificare dettagliatamente

**Allegare la copia dei verbali stilati dalle Autorità intervenute.**

## ALLEGATI

CERTIFICATI MEDICI     PREVENTIVI SPESA e/o FATTURE     FOTOGRAFIE

Data .....

Firma .....  
**la firma è OBBLIGATORIA**

**ATTENZIONE IMPORTANTE: Compilare in tutte le parti senza tralasciarne alcuna.**