

INFORTUNI PRECEDENTI: SI NO IN DATA ____/____/____

LESIONI RIPORTATE: _____

DATA ____/____/____

FIRMA (**Assicurato o, se minorenne, di chi ne fa le veci**) _____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA (*Campi obbligatori*)

SOCIETA' _____ MATRICOLA N. _____

INDIRIZZO: _____ N. _____

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____

TEL.: ____/____/____ FAX: ____/____/____

E-MAIL: _____

DATA ____/____/____

TIMBRO E FIRMA SOC. SPORTIVA

N.B.: Per le modalità di inoltro del presente modulo consultare l'allegato "VADEMECUM GESTIONE SINISTRI LND". Si prega di **NON** allegare documentazione/fatture in originale bensì solo fotocopie ben leggibili.