

Il presente modulo dovrà venire trasmesso allo:

C.S.A.IN. – Centri Sportivi Aziendali Industriali

Viale dell'Astronomia, 30

00144 Roma

Tel 06.5903526 / 06.5925637

Fax 06.5903242 / 06.5903484



**CONVENZIONE ASSICURATIVA MULTIRISCHI
C.S.A.IN. – Centri Sportivi Aziendali Industriali**

**POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE TERZI N° 634/14/908373
POLIZZA INFORTUNI N° 634/25/908370**

Il Sottoscritto _____

Nato il _____ A _____

Residente in _____

Comune _____, Provincia _____

Codice Fiscale _____

Già Iscritto allo C.S.A.IN. con Tessera N. _____

DICHIARA

Che in data _____, alle ore _____

In luogo _____

È occorso _____

In Fede

Timbro e firma della
Sede Nazionale C.S.A.IN.

N.B.

Si ricorda di specificare sempre modalità del sinistro, lesione patita, cure ricevute/prescritte

