



NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO
(indistintamente per tutte le categorie di tesserati)

L'infortunio deve essere denunciato entro 30 giorni dall'accaduto a:

UFFICIO SINISTRI
E-MAIL: sinistrirugby@magitaliagroup.com

DOCUMENTAZIONE DA INVIARE PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO

- Modulo di denuncia lesioni debitamente compilato e firmato
- Copia del Pronto Soccorso e/o di prima cura da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi
- Fotocopia della tessera federale in corso di validità alla data dell'evento
- Convocazione della Federazione Italiana Rugby nelle Squadre Nazionali
- Copia codice fiscale e documento d'identità dell'infortunato e dei genitori in caso di minore
- Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto
- Verbale del giudice e/o medico di gara (in caso di sinistro accaduto in gara)

DOCUMENTAZIONE DA INVIARE PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

La liquidazione del sinistro potrà avvenire soltanto dopo la guarigione ed il ricevimento dei seguenti documenti:

- Copia della cartella clinica in caso di intervento chirurgico
- Certificato di avvenuta guarigione e/o la dichiarazione di chiusura infortunio redatto dal medico curante

***** ATTENZIONE *****

in mancanza della documentazione sopra evidenziata necessaria per una corretta valutazione della lesione riportata non sarà possibile dar corso al rimborso

(Per ogni chiarimento l'assicurato potrà rivolgersi alla Mag – tel. 0039.06.85306549 Lunedì-Mercoledì-Giovedì dalle ore 15.00/17.00)

**MAG**

MODULO DENUNCIA LESIONI
CONVENZIONE FIR - Tessera divulgativa promozionale non agonistica
POLIZZA VITTORIA ASSICURAZIONI NR. F51.025.0000951199

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG** DALL'EVENTO)

DANNEGGIATO

NOME / COGNOME _____	Cod. Fisc. _____
INDIRIZZO _____	CITTÀ _____ CAP _____ PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____ NR. TESSERA FIR _____
EMAIL _____	
IBAN _____	INTESTATARIO _____

DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenni)

1) Nome / Cognome _____	Indirizzo _____
Cap _____ Località _____	Prov. _____ Tel. _____
2) Nome / Cognome _____	Indirizzo _____
Cap _____ Località _____	Prov. _____ Tel. _____

EVENTO

DATA EVENTO _____	ORA _____	DATA DENUNCIA _____
LOCALITA' _____		
AVVENUTO DURANTE		
<input type="checkbox"/> Allenamento <input type="checkbox"/> Gara <input type="checkbox"/> Trasferimento		
DESCRIZIONE EVENTO		

LESIONI SUBITE		

TESTIMONI		
1. _____		
2. _____		

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA O FEDERAZIONE – Obbligatorio in caso di allenamento, attestante sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa /art. 7 decreto 3/11/2010 assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti - GU 296 del 20.12.2010 –

SOCIETÀ _____	C.A.P. _____	PROV.: _____	COMUNE _____
INDIRIZZO _____	COD.FISCALE: _____		
TEL. _____	AFFILIAZIONE N.: _____	DEL: _____	

TIMBRO E FIRMA