



**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](mailto: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 - 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 _____	
GIOCATORI DI FASCIA: <input type="checkbox"/> Tesserati <input type="checkbox"/> Tessera divulgativa promozionale non agonistica <input type="checkbox"/> Soggetti A – Arbitri <input type="checkbox"/> Soggetti B – Atl. Accademie Federali			
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 _____			

