



MAG

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

Copia della tessera federale in corso di validità alla data dell'evento

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 - te/. 0039.06.85306549 lunedì-mercoledì-giovedì
dalle ore 15.00 alle 17.00)*

**MAG****MODULO DENUNCIA LESIONI****CONVENZIONE FIR - POLIZZA VITTORIA ASSICURAZIONI NR. F51.025.0000958840**

(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: Tesserati Tessera divulgativa promozionale non agonistica Soggetti A – Arbitri
 Soggetti B - Atl. Accademie Federali

EMAIL _____

IBAN _____ INTESTATARO _____

DATI GENITORI o Tutoro (se tesserato minorenne)

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

 Allenamento Gara 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 _____