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:

MAG S.P.A. - UFFICIO SINISTRI
E-MAIL: sinistrifsn@magitaliagroup.com
Ricevimento telefonico:
tel. 06/85306549 (LUNEDI' – MERCOLEDI' E GIOVEDI' ORE 15.00/17.00)

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
- Copia codice fiscale e documento d'identità dell'infortunato e dei genitori in caso di minore
- Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali del Gruppo MAG debitamente sottoscritto
- Verbale del giudice e/o medico di gara (in caso di sinistro occorso durante competizione)

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 completa in caso di ricovero
- Referti di tutti gli esami diagnostici effettuati
- 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 delle lesioni riportate non sarà possibile dar corso all'indennizzo

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

- Modulo di denuncia debitamente compilato
- Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali del Gruppo MAG debitamente sottoscritto da un erede legittimo
- Fotocopia della tessera federale in corso di validità alla data dell'evento
- Certificato di morte (in originale)
- Stato di famiglia (in originale)
- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori
- Certificato di idoneità alla pratica sportiva in caso di decesso dovuto agli eventi gravi.
- Verbali autorità intervenute
- Cartella clinica e copia referto autoptico o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso, scheda ISTAT
- Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
- Eventuali articoli di stampa

MODULO DENUNCIA LESIONI
CONVENZIONEFITW / VITTORIA ASSICURAZIONI 31.08.2025 – 31.08.2026
POLIZZA N. F51.025.0000958983

(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 FITW _____

EMAIL_____

POLIZZA: ☐ BASE ☐ INTEGRATIVA SILVER ☐ INTEGRATIVA GOLD

IBAN_____ INTESTATARIO_____

DATI GENITORI o Tutore (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 – Obbligatorio in caso di attività sportiva svolta sotto l'egida FitW, 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 _____