



NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO

Compilare in stampatello il modulo di denuncia in ogni parte ed inviare a mezzo email **entro 30 giorni dall'accaduto per le denunce RCT a:**

MAG S.P.A. - UFFICIO SINISTRI
E-MAIL: sinistrifsnrct@magitaliagroup.com
Ricevimento telefonico:
tel. 02.62711725 (LUN – GIOV ORE 15.00/17.00)

DOCUMENTI DA ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA

DANNEGGIANTE:

- Richiesta Risarcimento danni ricevuta da parte del danneggiato
- Relazione dettagliata e circostanziata delle modalità di accadimento del sinistro ed eventuali relazioni testimoniali e/o documentazione fotografica del danno
- Fotocopia tessera FitW (o tessera giornaliera)
- Fotocopia codice fiscale e documento di riconoscimento del firmatario
- Modulo Privacy Mag SpA
- Dichiarazione altra copertura assicurativa per stesso rischio (se presente)

DANNEGGIATO:

- Formale richiesta risarcimento danni
- Documentazione relativa al danno subito
- Fotocopia del primo certificato medico da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi
- copia conforme della cartella clinica (appena possibile)
- Modulo Privacy Mag SpA
- Copia tessera FitW (Se tesserato)
- Per la definizione del sinistro, ad avvenuta guarigione, occorrerà inviare il certificato medico o la dichiarazione di chiusura infortunio

***** ATTENZIONE *****

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

**MAG****POLIZZA NR. F51.014.0000949553**(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG.** DALL'EVENTO
ALL'INDIRIZZO E-MAIL sinistrifsnrct@magitaliagroup.com**DANNEGGIANTE**

NOME / COGNOME _____	Cod. Fisc. _____		
INDIRIZZO _____	COMUNE _____	CAP _____	PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____	Nr. TESSERA FitW _____	
EMAIL _____			

DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenni)

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

ESTREMI DEL SINISTRO

Data / ora del sinistro _____	<input type="checkbox"/> Gara	<input type="checkbox"/> Allenamento
Luogo _____	Provincia _____	
Descrizione evento e delle cause che lo hanno provocato _____ _____		
Sono intervenute autorità di pubblica sicurezza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO		
Se sì quali? <input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> Polizia Municipale <input type="checkbox"/> Altro _____		
Danni provocati _____		
Testimoni _____		
Firma (danneggiante) _____		

DATI DANNEGGIATO

Nome e Cognome _____		
Indirizzo _____	Comune _____	
C.F. _____	Email _____	
Provincia _____	CAP _____	Tel/ Cell. _____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA DI APPARTENENZA (Campi obbligatori)

Società _____	Cod. Affiliazione _____	
Indirizzo _____	Comune _____	Prov. _____
CAP _____	Tel. _____	EMAIL _____
TIMBRO E FIRMA _____		