NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO

Compilare in stampatello il modulo di denuncia in ogni parte ed inviare a mezzo e-mail **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 Gruppo MAG - firmato
- 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 Gruppo MAG – firmato
- 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 del danno sofferto dal danneggiato, non sarà possibile dar corso al risarcimento

MODULO DENUNCIA RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI
CONVENZIONE FITW - VITTORIA ASSICURAZIONI 31/08/2026 – 31/08/2027
POLIZZA NR. F51.014.0000963214

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 minorenne)

1) Nome / Cognome _____ C. Fis. _____

Indirizzo _____ Cap _____ Località _____ Prov. ____ Tel. _____

2) Nome / Cognome _____ C. Fis. _____

Indirizzo _____ Cap _____ Località _____ Prov. _____ Tel. _____

ESTREMI DEL SINISTRO

Data / ora del sinistro _____ Gara ☐
Allenamento ☐

Luogo _____ Provincia _____

Descrizione evento e delle cause che lo hanno provocato

_____

_____

Sono intervenute autorità di pubblica sicurezza? ☐ Si ☐ NO
Se sì quali? ☐ Polizia ☐ Carabinieri ☐ Polizia Municipale ☐ Altro _____

Danni provocati _____

Testimoni _____

Firma (danneggiante) _____

DATI DANNEGGIATO

Nome e Cognome _____ C.F. _____

E-mail _____ Tel/ Cell. _____

Indirizzo _____ Comune _____ Provincia _____ CAP _____

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

Società _____ Cod. Affiliazione _____ Indirizzo _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____ Tel. _____ EMAIL _____

TIMBRO E FIRMA _____