

**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 JLT SPA - UFFICIO SINISTRI
E-MAIL: sinistriparalimpiche@magjlt.com
Ricevimento telefonico:
tel. 06/85306549 (LUN – GIOV ORE 15.00/17.00)

DOCUMENTAZIONE DA INVIARE PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO

- Modulo di denuncia infortunio debitamente compilato e firmato
- Scheda disabilità fisica debitamente compilata e firmata
- Copia certificato clinico attestante la condizione patologica
- 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 debitamente sottoscritto
- Verbale del giudice 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 conforme della cartella clinica 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 al rimborso

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

- Modulo di denuncia debitamente compilato
- Scheda disabilità fisica debitamente compilata e firmata
- 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 del decesso
- Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
- Eventuali articoli di stampa

MODULO DENUNCIA INFORTUNI
CONVENZIONI INFORTUNI F.P.I.C.B. / CATTOLICA ASSICURAZIONE
POLIZZA nr. 00230131000551

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE ENTRO 30 GG DALL'EVENTO)

DATI DELL'INFORTUNATO/A

Nome _____ Cognome _____ Cod. Fisc. _____

Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____ Nr. Tessera Federale _____

Email _____

IBAN _____ Intestatario _____

Categoria Assicurata: TESSERATO / SOGGETTI A ATLETA NAZIONALE / INTERESSE NAZIONALE

Disciplina praticata: _____ Tipo disabilità: Uditivi Mentali Fisici Visivi

Descrizione Tipo e Livello Lesione: (come da scheda allegata) _____

DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenni)

1) Nome / Cognome _____ Indirizzo _____

Cap _____ Località _____ Prov _____ Tel. _____

2) Nome / Cognome _____ Indirizzo _____

Cap _____ Località _____ Prov _____ Tel. _____

ESTREMI INFORTUNIO

Data Evento _____ Ora _____ Data Denuncia _____

Luogo _____ Prov. _____

AVVENUTO DURANTE

Allenamento Gara Trasferimento

Descrizione Evento

Lesioni Subite

Testimoni: 1. _____ 2. _____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA o FEDERAZIONE

Società _____ Affiliazione n.: _____

Indirizzo _____ Comune: _____

Prov. _____ CAP _____ Tel. _____ Email _____

Data _____ Timbro e Firma _____