

## 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 JLT SPA - UFFICIO SINISTRI**  
**E-MAIL: [sinistripalimpicherct@magjlt.com](mailto:sinistripalimpicherct@magjlt.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 federale in corso di validità alla data dell'evento
- Fotocopia codice fiscale e documento di riconoscimento del firmatario
- Modulo Privacy Mag Jlt
- 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 Jlt
- Copia tessera federale (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**

**MODULO DENUNCIA RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI CONVENZIONE F.P.I.C.B./CATTOLICA**  
**ASSICURAZIONE POLIZZA nr. 00230132000077**  
 (DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE ENTRO 30 GG DALL'EVENTO ALL'INDIRIZZO  
 E-MAIL [sinistripalimpicherct@magjlt.com](mailto:sinistripalimpicherct@magjlt.com))

**DANNEGGIANTE**

NOME / COGNOME \_\_\_\_\_ COD. FISC. \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
 TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ Nr. TESSERA \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_  GARA  ALLENAMENTO  ALTRO  
 LUOGO \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
 DESCRIZIONE EVENTO E DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO

-----  
 -----

SONO INTERVENUTE AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA?  Si  NO  
 SE SI QUALI?  Polizia  Carabinieri  Polizia Municipale  Altro

-----

DANNI PROVOCATI \_\_\_\_\_

TESTIMONI \_\_\_\_\_

FIRMA (danneggiante) \_\_\_\_\_

**DATI DANNEGGIATO**

NOME e COGNOME \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_ TEL/ CELL \_\_\_\_\_

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

SOCIETÀ \_\_\_\_\_ COD. AFFILIAZIONE \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
 DATA \_\_\_\_\_ TIMBRO e FIRMA \_\_\_\_\_