

**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 SPA - UFFICIO SINISTRI
E-MAIL: sinistriparalimpiche@magitaliagroup.com
Ricevimento telefonico:
tel. 06/85306549 (lunedì, mercoledì e giovedì 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 LESIONI
CONVENZIONE INFORTUNI FEDERAZIONE PARALIMPICA ITALIANA CALCIO BALILLA
POLIZZA GENERALI N. 400346151

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

DANNEGGIATO

NOME / COGNOME _____		COD. FISC. _____	
INDIRIZZO _____		CITTA' _____	CAP _____ PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____	NR. TESSERA: _____	
EMAIL _____			
CATEGORIA ASSICURATA: <input type="checkbox"/> TESSERATO <input type="checkbox"/> ATLETA NAZIONALE <input type="checkbox"/> INTERESSE NAZIONALE <input type="checkbox"/> SOGGETTI A			
IBAN _____		INTESTATARIO _____	

DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenni)

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		
<input type="checkbox"/> Allenamento <input type="checkbox"/> Gara <input type="checkbox"/> Trasferimento		
DESCRIZIONE EVENTO		

LESIONI SUBITE		

TESTIMONI		
1. _____ 2. _____		

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA – Obbligatorio in caso di allenamento, attestante sotto la proprio responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa /art. 7 decreto 3/11/2010 assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti-GU296 del 20.12.2010 -

SOCIETÀ _____	C.A.P. _____	PROV. _____	COMUNE _____
INDIRIZZO _____		COD.FISCALE: _____	
TEL. _____	AFFILIAZIONE N.: _____	DEL: _____	
TIMBRO E FIRMA _____			