

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: sinistripalarimpicherct@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 RCT FEDERAZIONE PARALIMPICA ITALIANA CALCIO BALILLA
POLIZZA GENERALI N. 400346152

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG.** DALL'EVENTO ALL'INDIRIZZO E-MAIL sinistripalimpicherct@magjlt.com)

DANNEGGIANTE

NOME / COGNOME _____ COD. FISC. _____
 INDIRIZZO _____ CITTA' _____ CAP _____ PROV. _____
 TEL. _____ CELL. _____ Nr. TESSERA _____
 EMAIL _____

DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenne)

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 _____