

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 SPA - UFFICIO SINISTRI
E-MAIL: sinistripalimpicherct@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 federale in corso di validità alla data dell'evento
- Fotocopia codice fiscale e documento di riconoscimento del firmatario
- Modulo Privacy MAG SPA
- 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 SPA
- 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 SINISTRI RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI
CONVENZIONE FEDERAZIONE PARALIMPICA ITALIANA CALCIO BALILLA- REALE MUTUA**

POLIZZA nr. 2570447

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE ENTRO 30 GG DALL'EVENTO
ALL'INDIRIZZO E-MAIL sinistriparalimpicherct@magitaliagroup.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 _____	<input type="checkbox"/> GARA <input type="checkbox"/> ALLENAMENTO <input type="checkbox"/> ALTRO
LUOGO _____	PROVINCIA _____
DESCRIZIONE EVENTO E DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO _____ _____	
SONO INTERVENUTE AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	
SE SI QUALI? <input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> Polizia Municipale <input type="checkbox"/> 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 _____		