

**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: *sinistripalimpiche@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 LESIONI
CONVENZIONI INFORTUNI FEDERAZIONE**

ITALIANA SPORT PARALIMPICI E SPERIMENTALI – CATTOLICA POLIZZA nr. 00230131000536

(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: TESSERATO ATLETA NAZIONALE INTERESSE NAZIONALE 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
 Allenamento Gara 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 _____