

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: sinistriparalimpicherct@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 RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI CONVENZIONE
 FEDERAZIONE ITALIANA SPORT PARALIMPICI E SPERIMENTALI – GENERALI ITALIA
 POLIZZA nr. 400346137**

(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 _____ GARA ALLENAMENTO ALTRO
 LUOGO _____ PROVINCIA _____
 DESCRIZIONE EVENTO E DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO

 SONO INTERVENUTE AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA? Sì 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 _____