

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: sinistrifidalrct@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 F.I.D.A.L.
- 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 F.I.D.A.L. (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 FIDAL / CATTOLICA ASSICURAZIONI 31.12.2020/31.12.2024

POLIZZA NR.0079732000222

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

DANNEGGIANTE

NOME / COGNOME _____ Cod. Fisc. _____

INDIRIZZO _____ CITTA' _____ CAP _____ PROV. _____

TEL. _____ CELL. _____ Nr. TESSERA FIDAL _____

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

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 _____ Provincia _____

CAP _____ Tel/ Cell. _____ E-mail _____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA DI APPARTENENZA (Campi obbligatori)

SOCIETÀ _____ COD. AFFILIAZIONE _____

INDIRIZZO _____ COMUNE _____ PROV. _____

CAP _____ Tel. _____ EMAIL _____

TIMBRO E FIRMA _____