

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 CONSULTING SRL - UFFICIO SINISTRI
E-MAIL: sinistrifibrct@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.B.
- 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.B. (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 POSTEASSICURA 31/03/2021 – 31/03/2022 POLIZZA NR. 90107
 (DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG** DALL'EVENTO
 ALL'INDIRIZZO E-MAIL sinistrifibrct@magitaliagroup.com)

DANNEGGIANTE

NOME / COGNOME _____ Cod. Fisc. _____
 INDIRIZZO _____ COMUNE _____ CAP _____ PROV. _____
 TEL. _____ CELL. _____ Nr. TESSERA FIB _____
 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 _____
 Indirizzo _____ Comune _____
 C.F. _____ Email _____
 Provincia _____ CAP _____ Tel/ Cell. _____

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

Società _____ Cod. Affiliazione _____
 Indirizzo _____ Comune _____ Prov. _____
 CAP _____ Tel. _____ EMAIL _____
 TIMBRO E FIRMA _____