

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 ALLIANZ 31/03/2023 – 31/03/2025 POLIZZA NR. 501988538
 (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 minorenne)

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 _____			