

## 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 JLT CONSULTING SRL - UFFICIO SINISTRI**  
E-MAIL: [sinistrifibrct@magjlt.com](mailto:sinistrifibrct@magjlt.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 Jlt
- 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 Jlt
- 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 F.I.B.- UNIPOLSAI 30/09/2019 – 30/09/2020 POLIZZA NR. F51.014.0000938721**  
 (DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG** DALL'EVENTO  
 ALL'INDIRIZZO E-MAIL [sinistrifibrct@magilt.com](mailto:sinistrifibrct@magilt.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 sì 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 \_\_\_\_\_