



## 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 SPA - UFFICIO SINISTRI**  
**E-MAIL: [sinistrifiserct@magitaliagroup.com](mailto:sinistrifiserct@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.S.E.
- Fotocopia codice fiscale e documento di riconoscimento del firmatario
- Modulo Privacy Mag SpA
- Passaporto cavallo (dove si evince la proprietà)
- 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.S.E. (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.S.E.- HDI GLOBAL SPECIALITY SE 30.06.2021 – 31/12/2024**

**POLIZZA NR. PA0001121000**

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG** DALL'EVENTO ALL'INDIRIZZO E-MAIL [sinistrifiserct@magitaliagroup.com](mailto:sinistrifiserct@magitaliagroup.com))

**DANNEGGIANTE**

NOME / COGNOME _____	Cod. Fisc. _____
INDIRIZZO _____	COMUNE _____ CAP _____ PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____ Nr. TESSERA FISE _____
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 _____	<input type="checkbox"/> Gara <input type="checkbox"/> Allenamento
Luogo _____	Provincia _____
Descrizione evento e delle cause che lo hanno provocato _____ _____	
Sono intervenute autorità di pubblica sicurezza ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	
Se si quali? <input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> Polizia Municipale <input type="checkbox"/> 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 _____	