

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 e/o RCP a:

MAG SPA - UFFICIO SINISTRI

E-MAIL: 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 se danno provocato dal cavallo)
- Dichiarazione altra copertura assicurativa per stesso rischio (se presente)

DANNEGGIATO:

- Formale richiesta risarcimento danni
- Documentazione relativa al danno subito
- Se danno fisico, 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 e/o PROFESSIONALE
POLIZZA F.I.S.E. - UNIPOLSAI NR. 202929749 / 202929764 31.12.2024 - 31/12/2027
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG** DALL'EVENTO
ALL'INDIRIZZO E-MAIL sinistrifiserct@magitaliagroup.com

DANNEGGIANTE

NOME / COGNOME	Cod. Fisc.		
INDIRIZZO	COMUNE	CAP	PROV.
TEL.	CELL.	Nr. TESSERA FISE	
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 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		