



**NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO  
(indistintamente per tutte le categorie di tesserati)**

L'infortunio deve essere denunciato entro 30 giorni dall'accaduto a:

**MAG JLT CONSULTING SRL - UFFICIO SINISTRI**

**PORTALE ON LINE\*:** [http://portalesinistri.magiltconsulting.it/Web/Login/frm\\_LGN.aspx?authcode=x76hk98-92@](http://portalesinistri.magiltconsulting.it/Web/Login/frm_LGN.aspx?authcode=x76hk98-92@)

**Per informazioni e/o assistenza:**

**Ricevimento telefonico: tel. 06/85306549 (LUN – GIOV ORE 15.00/17.00)**

\*E' sufficiente cliccare sul pulsante apposito per raggiungere il sito e procedere con la denuncia o consultazione di un sinistro.

**DOCUMENTAZIONE DA INVIARE PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO**

- Modulo di denuncia lesioni debitamente compilato e firmato
- Copia del Pronto Soccorso e/o di prima cura da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi
- Fotocopia della tessera federale in corso di validità alla data dell'evento
- Copia codice fiscale e documento d'identità dell'infortunato e dei genitori in caso di minore
- Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali della MAG JLT CONSULTING debitamente sottoscritto
- Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali della compagnia assicuratrice debitamente sottoscritto
- Verbale del giudice e/o medico di gara (in caso di sinistro accaduto in gara)

**ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO PER GLI ATLETI NAZIONALI DI DISCIPLINE PARALIMPICHE**

- Scheda disabilità fisica debitamente compilata e firmata
- Copia certificato clinico attestante la condizione patologica

**DOCUMENTAZIONE DA INVIARE PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO**

La liquidazione del sinistro potrà avvenire soltanto dopo la guarigione ed il ricevimento dei seguenti documenti:

- Copia conforme della cartella clinica in caso di ricovero
- Referti di tutti gli esami diagnostici effettuati
- Certificato di avvenuta guarigione e/o la dichiarazione di chiusura infortunio redatto dal medico curante

**\*\*\* ATTENZIONE \*\*\***

**in mancanza della documentazione sopra evidenziata necessaria per una corretta valutazione della lesione riportata non sarà possibile dar corso al rimborso**

**DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:**

- Modulo di denuncia debitamente compilato
- Fotocopia della tessera F.I.S.E..
- Certificato di morte (in originale)
- Stato di famiglia (in originale)
- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori
- Certificato di idoneità alla pratica sportiva in caso di decesso dovuto agli eventi gravi.
- Verbali autorità intervenute
- Cartella clinica e copia referto autoptico o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso
- Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
- Eventuali articoli di stampa



**MODULO DENUNCIA LESIONI**  
**CONVENZIONE F.I.S.E. / GROUPAMA 01.01.2018 -31.12.2020**  
**POLIZZA N. 107656007**

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE ENTRO 30 GG DALL'EVENTO)

**DANNEGGIATO**

NOME / COGNOME _____	Cod. Fisc. _____
INDIRIZZO _____	CITTÀ _____ CAP _____ PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____ NR. TESSERA FISE _____
CATEGORIA ASSICURATO*: <input type="checkbox"/> Tesserati e Soggetti B <input type="checkbox"/> Atleti Nazionali <input type="checkbox"/> Soggetti A	
EMAIL _____	
POLIZZA: <input type="checkbox"/> BASE <input type="checkbox"/> INTEGRATIVA A <input type="checkbox"/> INTEGRATIVA B	
IBAN _____	INTESTATARIO _____

**DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenni)**

1) Nome / Cognome _____	Indirizzo _____
Cap _____ Località _____	Prov. _____ Tel. _____
2) Nome / Cognome _____	Indirizzo _____
Cap _____ Località _____	Prov. _____ Tel. _____

**EVENTO**

DATA EVENTO _____	ORA _____	DATA DENUNCIA _____
LOCALITA' _____		
AVVENUTO DURANTE		
<input type="checkbox"/> Allenamento <input type="checkbox"/> Gara <input type="checkbox"/> Trasferimento		
DESCRIZIONE EVENTO		
_____		
_____		
_____		
LESIONI SUBITE		
_____		
_____		
TESTIMONI		
1. _____	2. _____	

**DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA** – Obbligatorio in caso di attività sportiva svolta sotto l'egida FISE, attestante sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa /art. 7 decreto 3/11/2010 assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti- GU 296 del 20.12.2010 –

SOCIETÀ _____	C.A.P. _____	PROV.: _____
COMUNE _____	INDIRIZZO _____	COD.FISCALE: _____
TEL. _____	AFFILIAZIONE N.: _____	DEL: _____
TIMBRO E FIRMA _____		



### \*DEFINIZIONI

**TESSERATI:** ogni singolo soggetto od Ente iscritto o aderente alla FISE

**SOGGETTO B:** Collaboratori tecnici e tecnico amministrativi delle strutture centrale e periferiche F.I.S.E. (Docenti, Istruttori, docenti di corsi di formazione, selezionatori, esaminatori, con incarico federale per attività e/o corsi e/o stage e/o rappresentanze nazionali o regionali organizzati dalla F.I.S.E.)

**ATLETI NAZIONALI:** Atleti Nazionali di discipline Olimpiche e Paralimpiche definiti tali quando convocati da Organi Federali per attività di rappresentanza sportiva nazionale o internazionale

**SOGGETTO A:** Presidente, Segretario Generale, Consiglieri Federali, Revisori dei Conti, Dirigenti, Presidenti o Consiglieri o Delegati dei Comitati Regionali, Presidenti e Consiglieri di Enti Affiliati ed Aggregati, Ufficiali di Gara, Direttori ed Assistenti Direttori di Campo, Progettisti di Percorso, Costruttori di Percorso, Segretari di Concorso o Gara o di Giuria, Segretari/Speaker, Veterinari Tesserati incaricati di prelievi e controlli antidoping ad atleti cavalli, Responsabili o componenti dei Dipartimenti o Commissioni o Uffici Federali, Membri delle Commissioni Tecniche, Agonistiche e Funzionali della Federazione, Componenti degli Organi di Giustizia Sportiva, dell'Organismo di Vigilanza, Capi Equipe, Istruttori, Allenatori e Tecnici di Disciplina, Operatori Tecnici di Base (O.T.E.B., o O.T.A.L. o O.T.R.E.), Palafrenieri e Maniscalchi quando convocati da Organi Federali per attività di rappresentanza sportiva nazionale o internazionale.