



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 RCO a:

MAG SPA - UFFICIO SINISTRI
E-MAIL: sinistrifidesmrct@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 FIDESM.
- 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
- 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 FIDESM (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 RCO
POLIZZA FIDESM – REALE MUTUA NR. 2024/03/2585697 31.12.2024 – 31/12/2025
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE ENTRO 30 GG DALL'EVENTO
ALL'INDIRIZZO E-MAIL sinistrifidesmct@magitaliagroup.com)

DANNEGGIANTE

NOME / COGNOME _____ Cod. Fisc. _____
INDIRIZZO _____ COMUNE _____ CAP _____ PROV. _____
TEL. _____ CELL. _____ Nr. TESSERA FIDESM _____
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 Altro
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 _____