

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 CONSULTING S.r.l. - UFFICIO SINISTRI

PORTALE ON LINE*:

https://portalesinistri.magitaligroup.com/Web/Login/frm_LGN.aspx?authcode=oewxr610&SOC_CODICE=01

Per informazioni e/o assistenza: tel. 06/85306549

(LUNEDI' - MERCOLEDI' E GIOVEDI' ORE 15.00/17.00)

Indirizzo e-mail: sinistrifidesm@maggroupconsulting.com

L'infortunio deve essere denunciato **entro 30 giorni dall'accaduto** a mezzo portale sinistri infortuni dedicato:

*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 debitamente e integralmente compilato FIRMATO e TIMBRATO nella parte sottostante dalla società di appartenenza per la veridicità delle dichiarazioni rese (attività svolta sotto egida FIDESM)
- Modulo privacy gruppo MAG 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 del Gruppo MAG debitamente sottoscritto
- Verbale del giudice e/o medico di gara (in caso di sinistro accaduto in gara)

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 della cartella clinica in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico
- 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 e integralmente compilato
- Fotocopia della tessera federale
- 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 FIDESM / REALE MUTUA N° 2024/05/3154385 effetto 31.12.2024 - 31.12.2025

(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 FIDESM _____

MAIL _____

CATEGORIA ASSICURATO*:

Tesserato Dance Card Dirigenti Tecnici Atleti Nazionali/club Partecipanti, collaboratori, volontari non tesserati

POLIZZA: BASE INTEGRATIVA GOLD

Azzurro

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

Allenamento Gara Altro

DESCRIZIONE EVENTO

LESIONI SUBITE

TESTIMONI

1. _____ 2. _____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA - Obbligatorio in caso di attività sportiva svolta sotto l'egida FIDESM, 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 _____