NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO

Compilare in stampatello il modulo di denuncia in ogni parte ed inviare a mezzo e-mail **entro 30 giorni dall'accaduto per le denunce RCT** a:

MAG SPA - UFFICIO SINISTRI
E-MAIL: sinistriparalimpicherct@magitaliagroup.com
Ricevimentotelefonico:
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 federale in corso di validità alla data dell'evento
- 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
- 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 federale (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 SINISTRI RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI
CONVENZIONE FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO IN CARROZZINA - REALE MUTUA POLIZZA nr. 2570471

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

DANNEGGIANTE

NOME / COGNOME_____COD. FISC._____

INDIRIZZO_____CITTA'_____CAP_____PROV._____

TEL._____CELL._____Nr. TESSERA_____

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 ☐ ALTRO

LUOGO_____PROVINCIA _____

DESCRIZIONE EVENTO E DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO

_____

_____

SONO INTERVENUTE AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA? ☐ Si ☐ NO

SE SI QUALI? ☐ Polizia ☐ Carabinieri ☐ Polizia Municipale ☐ Altro

_____

DANNI PROVOCATI_____

TESTIMONI_____

FIRMA (danneggiante)_____

DATI DANNEGGIATO

NOME e COGNOME_____C.F._____

INDIRIZZO_____COMUNE_____Prov._____

CAP_____EMAIL_____TEL/ CELL_____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA DI APPARTENENZA (*Campi obbligatori*)

SOCIETÀ_____COD. AFFILIAZIONE_____

INDIRIZZO_____COMUNE_____PROV._____

CAP_____TEL._____E-MAIL_____

DATA_____TIMBRO e FIRMA_____