



MAG.

**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:

UFFICIO SINISTRI
E-MAIL: sinistrirugby@magitaliagroup.com

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
- Convocazione della Federazione Italiana Rugby nelle Squadre Nazionali
- Copia codice fiscale e documento d'identità dell'infortunato e dei genitori in caso di minore
- Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali 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 intervento chirurgico
- 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

(Per ogni chiarimento l'assicurato potrà rivolgersi alla Mag – tel. 0039.06.85306549 Lunedì-Mercoledì-Giovedì dalle ore 15.00/17.00)



MAG.

MODULO DENUNCIA LESIONI

CONVENZIONE FIR - POLIZZA VITTORIA ASSICURAZIONI NR. F51.025.0000951199

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

DANNEGGIATO

NOME / COGNOME	Cod. Fisc.		
INDIRIZZO	CITTÀ	CAP	PROV.
TEL.	CELL.	NR. TESSERA FIR	
GIOCATORI DI FASCIA: <input type="checkbox"/> Tesserati <input type="checkbox"/> Tessera divulgativa promozionale non agonistica <input type="checkbox"/> Soggetti A – Arbitri <input type="checkbox"/> Soggetti B – Atl. Accademie Federali			
EMAIL _____			
IBAN	INTESTATARO _____		

DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenne)

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 Trasferimento

DESCRIZIONE EVENTO

LESIONI SUBITE

TESTIMONI

1. _____ 2. _____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA O FEDERAZIONE – Obbligatorio in caso di allenamento, 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 _____			

