

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** a:

MAG SPA - UFFICIO SINISTRI
E-MAIL: sinistriparalimpicherct@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 C.I.P.
- 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 C.I.P. (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 SINISTRO - RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI
CONVENZIONE CIP REALE MUTUA POLIZZA NR. 2570427**

VALIDITA' 30.06.2024 - 31.12.2026

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 C.I.P. _____	
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 _____	<input type="checkbox"/> GARA	<input type="checkbox"/> ALLENAMENTO	<input type="checkbox"/> ALTRO
LUOGO _____	PROVINCIA _____		
DESCRIZIONE EVENTO E DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO			

SONO INTERVENUTE AUTORITA DI PUBBLICA SICUREZZA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO			
SE SI QUALI? <input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> Polizia Municipale <input type="checkbox"/> Altro _____			
DANNI PROVOCATI _____			
TESTIMONI _____			
FIRMA (danneggiante) _____			

DATI DANNEGGIATO

NOME e COGNOME _____	C.F. _____	
INDIRIZZO _____	COMUNE _____	Provincia _____
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 _____	