



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 **devono risultare inequivocabilmente diagnosi e 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 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 alle 17.00*



MODULO DENUNCIA LESIONI
CONVENZIONE FIR - POLIZZA VITTORIA ASSICURAZIONI NR. F51.025.0000963023
DECORRENZA 30.06.2026 - 30.06.2027

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

DANNEGGIATO

NOME / COGNOME _____		Cod. Fisc. _____	
INDIRIZZO _____		CITTÀ _____ CAP _____ PROV. _____	
TEL. _____		CELL. _____ NR. TESSERA FIR _____	
GIOCATORI DI FASCIA: ☐ Tesserati ☐ Tessera divulgativa promozionale non agonistica ☐ Soggetti A – Arbitri ☐ Soggetti B – Atl. Accademie Federali			
EMAIL _____			
IBAN _____		INTESTATARIO _____	

DATI GENITORI o del 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 ☐ 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 _____	