

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: [sinistriFISR-RCT@magitaliagroup.com](mailto:sinistriFISR-RCT@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 F.I.S.R.
- 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 F.I.S.R. (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 RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI  
CONVENZIONE F.I.S.R. / REALE MUTUA  
POLIZZA nr. 2022/03/2495503

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

DANNEGGIANTE

NOME / COGNOME \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ Nr. TESSERA FISR \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_  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 \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel/ Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

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

SOCIETÀ \_\_\_\_\_ COD. AFFILIAZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA \_\_\_\_\_