

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
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. 2025/03/2591620 31.01.2025-31.07.2028
(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 _____