



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. F51.025.0000956473
DECORRENZA 30.06.2024 - 30.06.2025

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

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 _____		INTESTATARIO _____	

DATI GENITORI o 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 <input type="checkbox"/> Allenamento <input type="checkbox"/> Gara <input type="checkbox"/> 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 _____			