



MAG<sup>▪</sup>

**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:

**MAG SPA - UFFICIO SINISTRI**  
**E-MAIL: [sinistrifsn@magitaliagroup.com](mailto:sinistrifsn@magitaliagroup.com)**  
**Ricevimento telefonico:**  
**tel. 06/85306549 (LUN – MERCOLEDI - GIOV ORE 15.00/17.00)**

**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
- Copia codice fiscale e documento d'identità dell'infortunato e dei genitori in caso di minore
- Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali della MAG SPA debitamente sottoscritto
- Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali della compagnia assicuratrice 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 conforme della cartella clinica in caso di ricovero
- Referti di tutti gli esami diagnostici effettuati
- 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**

**DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:**

- Modulo di denuncia debitamente compilato
- Fotocopia della tessera F.I.Cr
- Certificato di morte (in originale)
- Stato di famiglia (in originale)
- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori
- Verbali autorità intervenute
- Cartella clinica e copia referto autoptico o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso
- Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
- Eventuali articoli di stampa



MAG

**MODULO DENUNCIA LESIONI**  
**CONVENZIONE F.I.Cr. /REALE MUTUA 31.12.2017\_31.12.2021**  
**POLIZZA N.2017/05/2747993**

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

**DANNEGGIATO**

NOME / COGNOME _____	Cod. Fisc. _____		
INDIRIZZO _____	CITTÀ _____	CAP _____	PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____	NR. TESSERA FICr _____	
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** – Obbligatorio in caso di attività sportiva svolta sotto l'egida FICr, 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 _____		