

**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 JLT SPA - UFFICIO SINISTRI
E-MAIL: sinistripalimpiche@magjlt.com
Ricevimento telefonico:
tel. 06/85306549 (LUN – GIOV ORE 15.00/17.00)

DOCUMENTAZIONE DA INVIARE PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO

- *Modulo di denuncia infortunio debitamente compilato e firmato*
- *Scheda disabilità fisica debitamente compilata e firmata*
- *Copia certificato clinico attestante la condizione patologica*
- *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 debitamente sottoscritto*
- *Verbale del giudice 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 delle lesioni riportate non sarà possibile dar corso al rimborso

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

- *Modulo di denuncia debitamente compilato*
- *Scheda disabilità fisica debitamente compilata e firmata*
- *Fotocopia della tessera federale in corso di validità alla data dell'evento*
- *Certificato di morte (in originale)*
- *Stato di famiglia (in originale)*
- *Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori*
- *Certificato di idoneità alla pratica sportiva in caso di decesso dovuto agli eventi gravi*
- *Verbali autorità intervenute*
- *Cartella clinica e copia referto autoptico o certificato medico attestante le cause cliniche del decesso*
- *Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto*
- *Eventuali articoli di stampa*

DANNEGGIATO

NOME / COGNOME _____		COD. FISC. _____	
INDIRIZZO _____	CITTA' _____	CAP _____	PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____	NR. TESSERA: _____	
EMAIL _____			
CATEGORIA ASSICURATA: <input type="checkbox"/> TESSERATO <input type="checkbox"/> ATLETA NAZIONALE <input type="checkbox"/> INTERESSE NAZIONALE <input type="checkbox"/> SOGGETTI A			
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 allenamento, attestante sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa /art. 7 decreto 3/11/2010 assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti- GU296 del 20.12.2010 -*

SOCIETÀ _____	C.A.P. _____	PROV. _____	COMUNE _____
INDIRIZZO _____	COD.FISCALE: _____		
TEL. _____	AFFILIAZIONE N.: _____	DEL: _____	
TIMBRO E FIRMA _____			