

## NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO

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 JLT SPA - UFFICIO SINISTRI**  
**E-MAIL: [sinistripalimpicherct@magjlt.com](mailto:sinistripalimpicherct@magjlt.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 federale in corso di validità alla data dell'evento
- Fotocopia codice fiscale e documento di riconoscimento del firmatario
- Modulo Privacy Mag Jlt
- 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 Jlt
- Copia tessera federale (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 FISDIR**

**REALE MUTUA POLIZZA nr. 2016-032269148**

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE ENTRO 30 GG DALL'EVENTO ALL'INDIRIZZO E-MAIL [sinistripalimpicherct@magjlt.com](mailto:sinistripalimpicherct@magjlt.com))

**DANNEGGIANTE**

NOME / COGNOME _____	COD. FISC. _____		
INDIRIZZO _____	CITTA' _____	CAP _____	PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____	Nr. TESSERA _____	
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 _____	<input type="checkbox"/> GARA	<input type="checkbox"/> ALLENAMENTO	<input type="checkbox"/> ALTRO
LUOGO _____	PROVINCIA _____		
DESCRIZIONE EVENTO E DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO			
_____			
_____			
SONO INTERVENUTE AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO			
SE SI QUALI? <input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> Polizia Municipale <input type="checkbox"/> Altro			
_____			
DANNI PROVOCATI _____			
TESTIMONI _____			
FIRMA (danneggiante) _____			

**DATI DANNEGGIATO**

NOME e COGNOME _____	C.F. _____	
INDIRIZZO _____	COMUNE _____	Prov. _____
CAP _____	EMAIL _____	TEL/ CELL _____

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

SOCIETÀ _____	COD. AFFILIAZIONE _____	
INDIRIZZO _____	COMUNE _____	PROV. _____
CAP _____	TEL. _____	E-MAIL _____
DATA _____	TIMBRO e FIRMA _____	