



## NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO

Compilare in stampatello il modulo di denuncia in ogni parte ed inviare a mezzo e-mail **entro 30 giorni** dall'accaduto per le denunce RCT e/o RCO a:

**MAG SPA - UFFICIO SINISTRI**

E-MAIL: [sinistrifidesmrct@magitaliagroup.com](mailto:sinistrifidesmrct@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 FIDESM.
- 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
- Se danno fisico, 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 FIDESM (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 e/o RCO**  
**POLIZZA FIDESM – REALE MUTUA NR. 2025/03/2628482 31.12.2025 – 31/08/2027**  
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE ENTRO 30 GG DALL'EVENTO

ALL'INDIRIZZO E-MAIL [sinistrifidesmct@magitaliagroup.com](mailto:sinistrifidesmct@magitaliagroup.com)

**DANNEGGIANTE**

NOME / COGNOME _____	Cod. Fisc. _____
INDIRIZZO _____	COMUNE _____ CAP _____ PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____ Nr. TESSERA FIDESM _____
EMAIL _____	

**DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenne)**

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 sì 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 _____	
Indirizzo _____	Comune _____
C.F. _____	E-mail _____
Provincia _____	CAP _____ Tel/ Cell. _____

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

Società _____	Cod. Affiliazione _____
Indirizzo _____	Comune _____ Prov. _____
CAP _____	Tel. _____ EMAIL _____
TIMBRO E FIRMA _____	