



**MAG** CONSULTING SRL

## 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



**MAG** CONSULTING SRL

**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 INVIERE 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 \_\_\_\_\_  Gara  Allenamento  Altro

Luogo \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Descrizione evento e delle cause che lo hanno provocato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sono intervenute autorità di pubblica sicurezza?  Si  NO

Se sì quali?  Polizia  Carabinieri  Polizia Municipale  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 \_\_\_\_\_