



**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 CONSULTING S.r.l. - UFFICIO SINISTRI**

**PORTALE ON LINE\*:**

[https://portalesinistri.magitaliagroup.com/Web/Login/frm\\_LGN.aspx?authcode=oewxr610&SOC\\_CODICE=01](https://portalesinistri.magitaliagroup.com/Web/Login/frm_LGN.aspx?authcode=oewxr610&SOC_CODICE=01)

Per informazioni e/o assistenza: tel. 06/85306549  
(LUNEDI' - MERCOLEDI' E GIOVEDI' ORE 15.00/17.00)

Indirizzo e-mail: [sinistrifidesm@magggroupconsulting.com](mailto:sinistrifidesm@magggroupconsulting.com)

L'infortunio deve essere denunciato **entro 30 giorni dall'accaduto** a mezzo portale sinistri infortuni dedicato:

\*E' sufficiente cliccare sul pulsante apposito per raggiungere il sito e procedere con la denuncia o consultazione di un sinistro.

**DOCUMENTAZIONE DA INVIARE PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO**

- Modulo di denuncia debitamente e integralmente compilato FIRMATO e TIMBRATO nella parte sottostante dalla società di appartenenza per la veridicità delle dichiarazioni rese (attività svolta sotto egida FIDESM)
- Modulo privacy gruppo MAG 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 del Gruppo MAG 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 della cartella clinica in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico
- 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 e integralmente compilato
- Fotocopia della tessera federale
- 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 che hanno provocato il decesso
- Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
- Eventuali articoli di stampa



**MODULO DENUNCIA LESIONI**

**CONVENZIONE FIDESM / REALE MUTUA N° 2025/05/3209498 effetto 31.12.2025 – 31.08.2027**

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

**DANNEGGIATO**

*NOME / COGNOME* \_\_\_\_\_ *COD. FISC.* \_\_\_\_\_

*INDIRIZZO* \_\_\_\_\_ *CITTA'* \_\_\_\_\_ *CAP* \_\_\_\_\_ *PROV.* \_\_\_\_\_

*TEL.* \_\_\_\_\_ *CELL.* \_\_\_\_\_ *NR. TESSERA FIDESM:* \_\_\_\_\_

*EMAIL* \_\_\_\_\_

**CATEGORIA ASSICURATA:**

Tesserati  Id Card  Dirigenti  Tecnici  Interesse nazionale / Club Azzurro  Partecipanti, collaboratori, volontari non tesserati  
atleti

**POLIZZA:**  BASE  INTEGRATIVA GOLD

*IBAN* \_\_\_\_\_ *INTESTATARIO* \_\_\_\_\_

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

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**

Allenamento  Gara  Altro

**DESCRIZIONE EVENTO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LESIONI SUBITE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TESTIMONI**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA –** *Obbligatorio in caso di attività sportiva svolta sotto l'egida FIDESM, 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** \_\_\_\_\_