

**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

(LUNEDÌ - MERCOLEDÌ E GIOVEDÌ ORE 15.00/17.00)

Indirizzo e-mail: [sinistrifidesm@maggroupconsulting.com](mailto:sinistrifidesm@maggroupconsulting.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.
- Verbalì 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 FIDEM / 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' _____	PROV. _____
TEL. _____		CELL. _____	NR. TESSERA FIDEM: _____
EMAIL _____			
CATEGORIA ASSICURATA:			
<input type="checkbox"/> Tesserati atleti	<input type="checkbox"/> Id Card	<input type="checkbox"/> Dirigenti	<input type="checkbox"/> Tecnici
<input type="checkbox"/> Interesse nazionale / Club Azzurro		<input type="checkbox"/> Partecipanti, collaboratori, volontari non tesserati	
POLIZZA: <input type="checkbox"/> BASE <input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> Allenamento <input type="checkbox"/> Gara <input type="checkbox"/> 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 FIDEM, 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 _____			