

**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 SRL - UFFICIO SINISTRI

PORTALE ON LINE*:

https://portalesinistri.magitaliagroup.com/Web/Login/frm_LGN.aspx?authcode=srvng736&SOC_CODICE=01

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

Indirizzo e-mail: sinistrifick@maggroupconsulting.com

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

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

DOCUMENTAZIONE DA INVIARE PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO

- Modulo di denuncia lesioni debitamente compilato e 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 della MAG Group 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 conforme della cartella clinica in caso di ricovero
- 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 compilato
- Fotocopia della tessera F.I.C.K. in corso di validità alla data dell'evento
- 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, Scheda ISTAT
- Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
- Eventuali articoli di stampa

MODULO DENUNCIA LESIONI
POLIZZA FICK REALE MUTUA NR 2024/05/3155414
31.12.2024-31.12.2028

(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 F.I.C.K. _____	
EMAIL _____			
CATEGORIA ASSICURATA <input type="checkbox"/> Tesserati A / Interesse nazionale		<input type="checkbox"/> Tesserati B / Atleti / Istruttori / Arbitri / Giudici	
<input type="checkbox"/> Praticanti		<input type="checkbox"/> Presidenti / Delegati Regionali	
<input type="checkbox"/> Presidente Federale / Segretario Federale		<input type="checkbox"/> Consiglieri federali / Sindaci	
<input type="checkbox"/> Altro			
POLIZZA:	<input type="checkbox"/> BASE	<input type="checkbox"/> INTEGRATIVA	
IBAN _____	INTESTATARIO _____		

DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenni)

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"/> Trasferimento		
DESCRIZIONE EVENTO _____		

LESIONI SUBITE _____		

TESTIMONI 1. _____ 2. _____		

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA – Obbligatorio in caso di allenamento, 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 _____		