

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO

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

MAG SPA - UFFICIO SINISTRI

E-MAIL: sinistrifederkombatct@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 FEDERKOMBAT
- Fotocopia codice fiscale e documento di riconoscimento del firmatario
- Modulo Privacy Mag SpA
- Modulo Privacy Allianz 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 FEDERKOMBAT (Se soggetto 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 PROFESSIONALE
POLIZZA FEDERKOMBAT – ALLIANZ S.P.A. NR. 505756761 01.09.2026 – 31/12/2027
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG** DALL'EVENTO
ALL'INDIRIZZO E-MAIL sinistrifiederkombatrcrct@magitaliagroup.com

DANNEGGIANTE

NOME / COGNOME _____	Cod. Fisc. _____
INDIRIZZO _____	COMUNE _____ CAP _____ PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____ Nr. TESSERA FEDERKOMBAT _____
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. _____	Email _____
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 _____	