

## 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 a:

MAG JLT SPA - UFFICIO SINISTRI  
E-MAIL: [sinistripalimpicherct@magjlt.com](mailto:sinistripalimpicherct@magjlt.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 federale in corso di validità alla data dell'evento*
- *Fotocopia codice fiscale e documento di riconoscimento del firmatario*
- *Modulo Privacy Mag Jlt*
- *Dichiarazione altra copertura assicurativa per stesso rischio (se presente)*

#### DANNEGGIATO:

- *Formale richiesta risarcimento danni*
- *Documentazione relativa al danno subito*
- *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 Jlt*
- *Copia tessera federale (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

**MODULO DENUNCIA RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI CONVENZIONE  
FEDERAZIONE ITALIANA SPORT PARALIMPICI E SPERIMENTALI – CATTOLICA**

**POLIZZA nr. 00230132000073**

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE ENTRO 30 GG DALL'EVENTO ALL'INDIRIZZO E-MAIL [sinistripalimpicherct@magjlt.com](mailto:sinistripalimpicherct@magjlt.com))

**DANNEGGIANTE**

NOME / COGNOME \_\_\_\_\_ COD. FISC. \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
 TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ Nr. TESSERA \_\_\_\_\_  
 EMAIL \_\_\_\_\_

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

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 SI QUALI?  Polizia  Carabinieri  Polizia Municipale  Altro \_\_\_\_\_  
 DANNI PROVOCATI \_\_\_\_\_  
 TESTIMONI \_\_\_\_\_  
 FIRMA (danneggiante) \_\_\_\_\_

**DATI DANNEGGIATO**

NOME e COGNOME \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_ TEL/ CELL \_\_\_\_\_

**DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA DI APPARTENENZA (Campi obbligatori)**

SOCIETÀ \_\_\_\_\_ COD. AFFILIAZIONE \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
 DATA \_\_\_\_\_ TIMBRO e FIRMA \_\_\_\_\_