

**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 SPA - UFFICIO SINISTRI**  
**E-MAIL: [sinistrifih@magitaliagroup.com](mailto:sinistrifih@magitaliagroup.com)**  
**Ricevimento telefonico:**  
**tel. 06/85306549 (LUNEDI' MERCOLEDI' E GIOVEDI' ORE 15.00/17.00)**

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

- Modulo di denuncia infortunio 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 debitamente sottoscritto
- Verbale del giudice 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 delle lesioni riportate non sarà possibile dar corso al rimborso**

**DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:**

- Modulo di denuncia debitamente compilato
- Fotocopia della tessera federale 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 del decesso
- Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
- Eventuali articoli di stampa

**MODULO DENUNCIA LESIONI  
CONVENZIONE INFORTUNI FIH – CATTOLICA ASSICURAZIONI  
POLIZZA nr. 00230131001143**

(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 FIH _____	
EMAIL _____			
CATEGORIA ASSICURATA	<input type="checkbox"/> TESSERATI <input type="checkbox"/> ATLETI SQUADRE NAZIONALI / TECNICI SQUADRE NAZIONALI <input type="checkbox"/> AUSILIARI SPORTIVI / SOGGETTI A-B		
POLIZZA	<input type="checkbox"/> BASE <input type="checkbox"/> INTEGRATIVA BRONZE <input type="checkbox"/> INTEGRATIVA SILVER <input type="checkbox"/> INTEGRATIVA GOLD		
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-GU296 del 20.12.2010 -

SOCIETÀ _____	C.A.P. _____	PROV. _____	COMUNE _____
INDIRIZZO _____	COD.FISCALE: _____		
TEL. _____	AFFILIAZIONE N.: _____	DEL: _____	
TIMBRO E FIRMA _____			