

**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 – VITTORIA ASS.NI  
POLIZZA nr. F51.025.0000950363**

(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 SILVER <input type="checkbox"/> INTEGRATIVA GOLD <input type="checkbox"/> |              |                       |             |
| 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 _____ |                        |             |              |