



## **Modulo Denuncia Lesione**

Convenzione Federazione Italiana Scherma

Polizza VITTORIA ASS.NI NR. F51.25.945229 effetto 31.08.2021 – 31.08.2022

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE ENTRO 30 GG DALL'EVENTO)

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO					
COGNOME		NOME			
NATO/A A	PROVINCIA		IL		
INDIRIZZO VIA:				N	
COMUNE		_PROVINCIA	C.A.P.		
CODICE FISCALE		ELEFONO			
CELLULARE	E-MAIL PER COMUNICAZIONI(Genitore o Assicurato Maggiorenne – si prega di scrivere in <b>stampatello</b> )				
APPARTENENTE ALLE LISTE DI INTERESSE I	NAZIONALE: SI	NO DATA TESSERAN	ИENTO//	_CODICE TESS	
CATEGORIA: A A A Paralimpi	ci 🗆 B 🗆 C	D – Tessera promo	ozionale 15gg 🔲 N	NON TESSERATI - Integrativa	
DATI ANAGRAFICI DEI DUE GENITORI (OBBL	IGATORIO IN CASO DI MINOI	<u>RE)</u>			
Nome Cognome		_CODICE FISCALE			
Nome Cognome		CODICE FISCALE			
DATI BANCARI (PER EVENTUALE LIQUIDAZI	ONE)				
Coordinate bancarie IBAN (27 cifre)					
Intestatario c/c bancario:Codice Fiscale:					
ESTREMI DELLA LESIONE					
DATA//ORA	<u>:                                    </u>	are una delle seguenti scel	lte e riportare il nome dell'e	evento.	
GARA ALLENAMENTO CONV	OCAZIONE FIS	NOME EVENTO			
LUOGO	PROVINCIA	TESTIMONI PRESENTI AL	FATTO		
DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA D	ELLE CAUSE CHE LO HANNO	PROVOCATO			
□MORTE □LESIONE SE LESIONE, PARTE	DEL CORPO INTERESSATA				
INFORTUNI PRECEDENTI (SI/NO)	_IN DATA	QUALI LESIONI A	VEVA RIPORTATO		
DATA/FIRMA DE		o o se minorenne chi ne fa	le veci)		
DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' AF		,	•		
NOME SOCIETA'		AFFILIAZIONE I	N°	DEL:	
INDIRIZZO	NCOMUNE		PROVINCIA	C.A.P	
TEL/FAX	E-M	AIL:			
LA SOCIETA' DICHIARA CHE L'INFORTUNATO	) E' CORRETTAMENTE TESSE	RATO PER LA STAGIONE	INTERESSATA? SI	NO NO	
SI DICHIARA CHE IL SINISTRO E' AVVENUTO	DURANTE:				
DATA/TIMBRO E	FIRMA SOCIETA'				





# NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO (indistintamente per tutte le categorie di tesserati)

Registrarsi sul Portale Sinistri ON LINE al seguente indirizzo:

https://portalesinistri.magitaliagroup.com/Web/Login/frm LGN.aspx?authcode=icwfn393

L'infortunio deve essere denunciato entro 30 giorni dall'accaduto a:

### MAG Consulting S.r.l.- UFFICIO SINISTRI

**E-MAIL:** sinistrifis@maggroupconsulting.com

Ricevimento telefonico:

Tel. 06/85306549 (LUNEDI' MERCOLEDI' E GIOVEDI' ORE 15.00/17.00)

#### DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO

- Modulo di denuncia lesioni debitamente compilato e firmato in ogni parte
- Copia della Tessera FIS in corso di validita'
- > Copia del Pronto Soccorso e/o di prima cura da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi
- Copia codice fiscale e documento d'identità dell'infortunato e di entrambi i genitori in caso di minore
- > Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali della Gruppo MAG debitamente sottoscritto
- Verbale del giudice e/o medico di gara (in caso di sinistro accaduto in gara e/o competizione)

#### ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO PER I TESSERATI PARALIMPICI

- > Scheda disabilità fisica debitamente compilata e firmata
- Copia certificato clinico attestante la condizione patologica

#### DOCUMENTAZIONE DA TRASMETTERE PER LA DEFINIZIONE DEL SINISTRO

La liquidazione del sinistro potrà avvenire soltanto dopo la guarigione ed il ricevimento dei seguenti documenti:

- > Copia completa della cartella clinica in caso di ricovero
- > Referti di tutti gli esami diagnostici effettuati
- > Eventuali Fatture, notule, ricevute di spese mediche sostenute
- > Certificato di avvenuta guarigione e/o la dichiarazione di chiusura infortunio

#### \*\*\* ATTENZIONE \*\*\*

<u>in mancanza della documentazione sopra evidenziata necessaria per una corretta valutazione della</u> <u>lesione riportata non sarà possibile dar corso al rimborso</u>

#### DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

- Modulo di denuncia debitamente compilato
- 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 (scheda ISTAT) attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso
- > Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
- Eventuali articoli di stampa

Nel caso in cui il sinistro non si concluda entro due anni dalla data di avvenimento dell'infortunio, resta a carico dell'assicurato/beneficiario l'onere di inviare una comunicazione al Centro Liquidazione Sinistri, entro lo stesso termine, al fine di interrompere la prescrizione ai sensi del codice civile.