

## 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: [sinistriparalimpicherct@magjlt.com](mailto:sinistriparalimpicherct@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 NUOTO PARALIMPICO GENERALI POLIZZA nr. 400346107**  
(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 _____   | <input type="checkbox"/> GARA | <input type="checkbox"/> ALLENAMENTO | <input type="checkbox"/> ALTRO |
| LUOGO _____   | PROVINCIA _____               |                                      |                                |
| DESCRIZIONE EVENTO E DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO   |                               |                                      |                                |
| _____   |                               |                                      |                                |
| _____   |                               |                                      |                                |
| SONO INTERVENUTE AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO  |                               |                                      |                                |
| SE SI QUALI? <input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> Polizia Municipale <input type="checkbox"/> 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 _____    |              |