F.I.Ba.
Federazione Italiana Badminton

MAG

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 e/o RCP** a:

MAG SPA - UFFICIO SINISTRI
E-MAIL: sinistrifibarct@magitaliagroup.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 F.I.B.A.
- Fotocopia codice fiscale e documento di riconoscimento del firmatario
- Modulo Privacy Gruppo Mag - firmato
- Dichiarazione altra copertura assicurativa per stesso rischio (se presente)

DANNEGGIATO:

- Formale richiesta risarcimento danni
- Documentazione relativa al danno subito
- Se danno fisico, fotocopia del primo certificato medico da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi
- Ulteriore documentazione medica e copia completa della cartella clinica (appena possibile)
- Modulo Privacy Gruppo MAG - firmato
- Copia tessera F.I.B.A. (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

F.I.Ba. Federazione Italiana Badminton

MAG

Modulo Denuncia Responsabilità Civile Contro Terzi

CONVENZIONE F.I.B.a./ REALE MUTUA 30/06/2026 – 31/12/2027 POLIZZA NR. 2026/03/2658426

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG** DALL'EVENTO ALL'INDIRIZZO E-MAIL sinistrifsnrct@magitaliagroup.com)

DANNEGGIANTE

NOME e COGNOME/DENOMINAZIONE ENTE_____

COD.AFFILIAZIONE N._____ CODICE FISCALE_____

INDIRIZZO _____ CITTA' _____

CAP_____ PROV. _____TEL. _____ CELL. _____

Nr. TESSERA_____EMAIL_____

DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenne)

1) Nome e Cognome_____Indirizzo_____
Cap _____Località_____Prov._____ Tel._____
2) Nome e Cognome _____Indirizzo_____
Cap _____Località_____ Prov. _____ Tel._____

ESTREMI DEL SINISTRO

DATA / ORA DEL SINISTRO _____ ☐ GARA ☐ ALLENAMENTO

LUOGO _____PROV. _____

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_____ COD. FISCALE_____

INDIRIZZO_____COMUNE _____ PROV._____

CAP_____ TEL/CELL_____ EMAIL_____

DA COMPILARE A CURA DEL RESPONSABILE LEGALE DELLA SOCIETÀ DI APPARTENENZA (*Campi obbligatori)*

DENOMINAZIONE _____Codice Affiliazione N._____

INDIRIZZO_____COMUNE_____PROV._____

CAP_____TEL._____ E-MAIL _____

DATA _____ TIMBRO E FIRMA_____