



## NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO RCT

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 SPA - UFFICIO SINISTRI RCT**  
E-MAIL: [sinistricusirct@magitaliagroup.com](mailto:sinistricusirct@magitaliagroup.com)  
Ricevimento telefonico:  
tel. 02.62711725 (LUN – GIO 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 codice fiscale e documento di riconoscimento del firmatario
- Modulo Privacy Mag SpA
- 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 SpA
- 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 CUSI**

**VITTORIA ASS.NI 30/08/2020 – 30/08/2022 POLIZZA NR. F51.14.942127**

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

**DANNEGGIANTE**

NOME / COGNOME _____	Cod. Fisc. _____		
INDIRIZZO _____	COMUNE _____	CAP _____	PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____	Nr. TESSERA CUSI _____	
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 _____	Gara <input type="checkbox"/>	Allenamento <input type="checkbox"/>
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 _____		
Indirizzo _____	Comune _____	
C.F. _____	Email _____	
Provincia _____	CAP _____	Tel/ Cell. _____

**DA COMPILARSI A CURA DEL CUS DI APPARTENENZA ( Campi obbligatori)**

Società _____	Cod. Affiliazione _____	
Indirizzo _____	Comune _____	Prov. _____
CAP _____	Tel. _____	EMAIL _____
TIMBRO E FIRMA _____		