



## 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 SPA - UFFICIO SINISTRI**  
E-MAIL: [sinistricusirct@magitaliagroup.com](mailto:sinistricusirct@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 in corso di validità
- 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
- Copia tessera in corso di validità (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 CUSI

VITTORIA ASS.NI 31/08/2023 – 31/08/2024 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  Allenamento  
Luogo \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_