

## NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO

Compilare in stampatello il modulo di denuncia in ogni parte ed inviare a mezzo e-mail **entro 30 giorni dall'accaduto per le denunce RCT** a:

**MAG SPA - UFFICIO SINISTRI**

**E-MAIL:** [sinistricusirt@magitaliagroup.com](mailto:sinistricusirt@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 Gruppo Mag sottoscritto
- 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 sottoscritto
- 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 31/08/2026 – 31/08/2027 POLIZZA NR. F51.014.0000963367**

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

**DANNEGGIANTE**

|                      |             |                        |                       |
|----------------------|-------------|------------------------|-----------------------|
| NOME / COGNOME _____ |             | COD. FISC. _____       |                       |
| INDIRIZZO _____      |             | COMUNE _____           | CAP _____ PROV. _____ |
| TEL. _____           | CELL. _____ | Nr. TESSERA CUSI _____ |                       |
| E-MAIL _____         |             |                        |                       |

**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 |
| Luogo _____ Provincia _____                                                                                                                                         |                               |                                      |
| Descrizione evento e delle cause che lo hanno provocato<br>_____<br>_____                                                                                           |                               |                                      |
| Sono intervenute autorità di pubblica sicurezza? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO                                                           |                               |                                      |
| Se sì 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 / Cognome _____ |                            |
| Indirizzo _____      | Comune _____               |
| C.F. _____           | E-mail _____               |
| 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 _____ |                          |