



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: 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 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 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)

DANNEGGIANTE

NOME / COGNOME _____ Cod. Fisc. _____
INDIRIZZO _____ COMUNE _____ CAP _____ PROV. _____
TEL. _____ CELL. _____ Nr. TESSERA FISE _____
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 _____