

**Programma Assicurativo**

**2011 - 2012**

**Cosa Fare in caso di sinistro**

**Modulistica sinistri**

## MODALITÀ E ISTRUZIONI PER LA DENUNCIA DEI SINISTRI

### PRECISAZIONI VALIDE PER TUTTE LE COPERTURE ASSICURATIVE

Per la notifica dei sinistri, è necessario utilizzare il **modulo di denuncia** predisposto dalla Società compilandolo in ogni parte, sottoscrivendolo ed trasmettendolo alla **I.G.S. S.r.l.** a cura della Federazione/Associazione Sportiva, secondo le seguenti modalità:

- ⇒ a mezzo fax al n° **0773/019878** ( in questo caso al fine di evitare una doppia apertura della pratica di sinistro, è opportuno segnalare sul modulo inviato successivamente a mezzo posta di averlo già anticipato via fax).
- ⇒ Inviato a mezzo posta a I.G.S. S.r.l Via Ligabue, 2 04100 LATINA.

#### INFORTUNI E RESPONSABILITÀ CIVILE

- **Termini** per la denuncia dei sinistri da parte dall'Associazione/Federazione Contraente:
  - Infortuni: **30 giorni dalla data di accadimento** dell'infortunio in caso di accesso ad una struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso; 3 giorni in tutti gli altri casi;
  - Responsabilità Civile: **15 giorni** da quando l'Associazione/Federazione ne è **venuta a conoscenza**.
- **Denuncia e documentazione**  
Comunicazione scritta da parte dell'Associazione/Federazione contenente: luogo, giorno, ora di accadimento, cause/circostanze/modalità di accadimento del sinistro ed alla quale andrà allegata TUTTA la documentazione rilasciata dalla struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso o dal Medico che ha prestato i primi soccorsi, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro. Il consenso al trattamento dei dati personali generali e sensibili sottoscritto dall'interessato o, in caso di infortunio a minore sottoscritto dall'esercente la potestà.  
Qualora, nel luogo di accadimento del sinistro o nelle vicinanze, non sia presente una struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso o non sia materialmente possibile l'intervento di un'ambulanza o di altro idoneo mezzo per il trasporto del sinistrato alla struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso più vicina, il certificato potrà essere redatto da altro Medico, sempreché detta certificazione – che non verrà ammessa per nessuna ragione al risarcimento da parte dello stesso contratto assicurativo – venga redatta entro 24 ore consecutive all'accadimento del sinistro denunciato, ed inoltrata via fax o raccomandata alla Società assicuratrice o all'Intermediario, a cui la polizza è assegnata entro il tempo limite di 3 giorni dalla data dell'infortunio.
- L'eventuale **documentazione successiva**, deve essere allegata al **"Modulo di Continuazione e/o Chiusura Sinistro"** debitamente compilato e sottoscritto, presentato dalla Federazione/Associazione Sportiva e/o dall'infortunato e deve essere inviata al massimo entro il **trentesimo giorno successivo** a quello in cui termina la cura medica. La documentazione di spesa (fattura, ricevuta, notula, parcella, ticket, ecc.) ai fini del rimborso, deve essere inviata in originale.
- Quando si intende chiudere la pratica di sinistro, cioè quando non vi sia più ulteriore documentazione a supporto, deve essere presentato il **"Modulo di chiusura sinistro"**. Solo previa presentazione di detto modulo la Compagnia potrà provvedere alla liquidazione.
- **Diaria per Gessatura:** la diaria da gesso viene corrisposta dietro presentazione, in originale, del certificato medico attestante l'applicazione della gessatura e del certificato di rimozione della gessatura presso una struttura ospedaliera e sempreché l'assicurato abbia aderito alle polizze facoltative.
- **Diaria da ricovero:** in caso di ricovero ospedaliero è sempre necessaria la copia integrale della cartella clinica.
- **Rimborso spese mediche (ticket sanitari, notule, ricevute fiscali, ecc.)** : il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi.
- **Certificati medici ad uso assicurativo:** la Società non rimborsa tali spese.

**TUTELA GIUDIZIARIA**

- **Termini per la denuncia dei sinistri da parte dall'Associazione/Federazione Contraente e comunicazioni successive**  
Tempestiva comunicazione scritta da parte dell'Associazione/Federazione contenente una precisa descrizione del fatto che ha originato il sinistro nonché tutti gli altri elementi necessari, gli atti giudiziari e comunque ogni altra comunicazione relativa al sinistro.

**ASSISTENZA**

- **Modalità per la richiesta di assistenza**  
- in caso di sinistro l'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, deve contattare per telefono, oppure telex, telefax o telegraficamente la Centrale Operativa ai seguenti numeri:  
**Centrale operativa FILO DIRETTO in funzione 24 ore su 24 tutto l'anno**  
**Tel. 800.012246**  
Telefono dall'estero **+39 039.6554.6020**
- e comunicare:**
- ⇒ Le generalità complete dell'Assicurato ed un recapito telefonico o telefax;
  - ⇒ i dati del contraente o il numero di Polizza: **CHARTIS Europe S.A. n° IAH0002881 – CNS Libertas**
  - ⇒ il numero di telefono o fax dove può essere contattato
  - ⇒ l'indirizzo del suo domicilio e/o residenza
  - ⇒ la prestazione richiesta.
- L'Assicurato si obbliga inoltre:
- ⇒ a sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla Società;
  - ⇒ a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
  - ⇒ a produrre, su richiesta della Società, copia conforme all'originale della cartella clinica o del certificato medico comprovante il tipo di patologia e/o l'intervento eseguito;
  - ⇒ a fornire, a richiesta della Società, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni.

Ai sensi dell'art. 2952 del cod. civ., **i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni.**

La prescrizione può essere interrotta da un atto che valga a costituire in mora (intimazione o richiesta fatta per iscritto, a mezzo lettera raccomandata) la Compagnia. Per effetto della interruzione si inizia un nuovo periodo di prescrizione.

**La Società Assicuratrice non terrà conto di documentazione di spesa prodotta in copia od in copia conforme.**

**Per maggiori informazioni contattare**

**I.G.S. S.r.l.**

**CALL CENTER 0773- 602378**

**Disponibile lunedì, mercoledì e giovedì  
dalle ore 9.00 alle ore 13.00**

**e  
dalle ore 15.00 alle ore 18.00**

## MODULO DENUNCIA SINISTRO

(Modulo A)

**Compilare tutti i campi in stampatello**

**Contraente: Centro Nazionale Sportivo Libertas -** *(È Obbligatorio indicare l'esatta denominazione e sede dell'Associazione)*

**Ass.ne Sportiva/Circolo/Centro Provinciale Libertas:** \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

	Polizza CHARTIS. Europe S.A. (Responsabilità Civile Verso Terzi - Infortuni )	N. IAH0002881
	Polizza D.A.S. Assicurazioni S.p.A. (Tutela Giudiziaria - Perdita pecuniaria)	N. 194551

**Si chiede cortesemente di riportare gli indirizzi e-mail, per accelerare l'invio della richiesta di documentazione**

Data Sinistro	Ora	Luogo
---------------	-----	-------

DESCRIZIONE CIRCOSTANZIATA DELL'ACCADUTO

---



---



---

Atleta/giocatore	Allenatore	Presidente/dirigente	Altro (precisare)
------------------	------------	----------------------	-------------------

Cognome:	Nome	Data di nascita	
Via	Città	CAP	Prov.
Nominativi dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà (se minore):		Nr. Telefono	
-			
		<b>e-mail</b>	
-			

Al momento del sinistro stava partecipando a qualche gara/campionato/torneo/trasferimento? Se si, quale?

L'assicurato ha aderito ad una delle combinazioni facoltative:    si    no	Data:	Opzione scelta:
--	-------	-----------------

**Allegati obbligatori:**

- Certificato medico rilasciato dalla struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso entro 24 ore dall'evento (ART. 15 Delle Norme che regolano la sezione infortuni);
- Modulo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili;

--	--	--

**Timbro e firma dell'Ass.ne/Circolo/Libertas**

**Firma leggibile dell'Infortunato  
Nel caso di minore, l'esercente la patria potestà**

**Data** \_\_\_\_\_

## MODULO CONTINUAZIONE E CHIUSURA SINISTRO

(Modulo B)

### Compilare tutti i campi in stampatello

**Contraente: Centro Nazionale Sportivo Libertas -** *(È Obbligatorio indicare l'esatta denominazione e sede dell'Associazione)*

**Ass.ne Sportiva/Circolo/Centro Provinciale Libertas:** \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

	Polizza CHARTIS Europe S.A. (Responsabilità Civile Verso Terzi - Infortuni )	N. IAH0002881
	Polizza D.A.S. Assicurazioni S.p.A. (Tutela Giudiziaria - Perdita pecuniaria)	N. 194551

**Si chiede cortesemente di riportare gli indirizzi e-mail, per accelerare l'invio della richiesta di documentazione.**

CONTINUAZIONE SINISTRO	CONTINUAZIONE E CHIUSURA SINISTRO	CHIUSURA SINISTRO
------------------------	-----------------------------------	-------------------

**ASSICURATO**

Cognome	Nome	Data di nascita
Data Sinistro	Numero Sinistro	
Nominativi dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà (se minore):		Telefono
-		e-mail
-		

Si allega (allegare **TUTTA** la documentazione rilasciata successivamente a quella già trasmessa e riferita all'infortunio):

Nr.	Referti medici	Nr.	Relazioni mediche
Nr.	Prescrizioni mediche	Nr.	Originale fattura/ricevuta/notula/parcella
Nr.	Dichiarazione circostanziata modalità accadimento	Nr.	Modulo consenso trattamento dei dati personali generali e sensibili
Nr.	Dichiarazione testimoniale	Nr.	Documentazione radiografica (RX, ecc.)
Nr.	Originale ticket	Nr.	Relazione allenatore/Preposto alla sorveglianza
Nr.	Cartella clinica integrale (copia conforme)		
Nr.	Atro (Specificare)		

⚠ La documentazione di spesa prodotta in copia non sarà ritenuta valida ai fini del rimborso.

⚠ Le spese per certificati medici ad uso assicurativo non sono rimborsabili.

In caso di chiusura, per la liquidazione indicare le modalità di pagamento desiderate:

<b>Bonifico Bancario</b>			
Conto Corrente nr.	Codice ABI:	Codice CAB:	Codice CIN:
IBAN			
Intestatario/i Conto Corrente:			
Istituto di credito			
Agenzia e relativo indirizzo:			

<b>Assegno Bancario</b>	
Intestato a	
Via	Cap
Città	Prov.

Data e luogo	FIRMA LEGGIBILE DELL'INFORTUNATO (in caso di infortunio a minore, firma l'esercente la potestà)
--------------	--

**PRIVACY (D.LGS. 196/2003) INFORMATIVA ALL'INTERESSATO  
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI GENERALI E SENSIBILI**

**Contraente: Centro Nazionale Sportivo Libertas - (*È Obbligatorio indicare l'esatta denominazione e sede dell'Associazione*)**

**Ass.ne Sportiva/Circolo/Centro Provinciale Libertas:** \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

	Polizza CHARTIS Europe S.A. (Responsabilità Civile Verso Terzi - Infortuni )	N. IAH0002881
	Polizza D.A.S. Assicurazioni S.p.A. (Tutela Giudiziaria - Perdita pecuniaria)	N. 194551

**Dati dell'Assicurato:**

Cognome	Nome	Data Sinistro
---------	------	---------------

Secondo quanto previsto dal D.LGS. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto a trattamento di dati personali, la IGS S.r.l. per conto della CHARTIS EUROPE S.A. e della D.A.S. ASSICURAZIONI S.P.A., in qualità di Titolari del trattamento dei dati, intende informarvi in merito ai punti della norma sotto indicati intesi a salvaguardare la riservatezza delle informazioni riferite sia a persone fisiche che a persone giuridiche.

1. Fonte e natura dei dati personali - La nostra Società, per fornire i servizi da lei richiesti o in suo favore previsti, (ad esempio stipula di contratti assicurativi o gestione sinistri), deve acquisire o già detiene dati personali che la/vi riguardano. I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il D.LGS. 196/2003 definisce "sensibili": tali sono i dati relativi allo stato di salute, opinione religiosa, adesione a sindacati, partiti politici, o a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. Finalità del trattamento dei dati - I suoi dati personali sono trattati per finalità assicurative, per l'esercizio dei suoi/vostri diritti, in relazione alle seguenti finalità: a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio antiriciclaggio, casellario centrale infortuni, motorizzazione civile); b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; c) di informazione e promozione commerciale, indagini sulla qualità del servizio prestato, soddisfazione del cliente, di cui al successivo punto 4 lett. C, strumentali al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalla nostra Società.

3. Modalità del trattamento dati - In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantire la sicurezza e riservatezza.

4. Comunicazione a terzi dei suoi dati personali - Per le attività svolte dalla I.G.S. S.r.l., per conto della CHARTIS EUROPE S.A. e della D.A.S. ASSICURAZIONI S.P.A., può essere necessario comunicare i suoi dati a soggetti terzi più precisamente: A: Comunicazioni obbligatorie: comunicazioni che la società è tenuta a fare in base a: Leggi, regolamenti, disposizioni impartite da organi di vigilanza (ad esempio ISVAP, INPS, UCI, ANIA, Forze dell'Ordine).

B. Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente: rientrano in questa tipologia, le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, come ad esempio: Società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo quali: assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, sub-agenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione; legali, periti, società di servizi cui siano affidati la gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi informatici o di archiviazione, di revisione, di informazione commerciale per rischi finanziari, di servizi per il controllo delle frodi, di recupero crediti, di servizi postali. C. Comunicazioni strumentali all'attività della nostra società: comunicazioni finalizzate a migliorare la qualità del servizio prestato, attraverso indagini sulla soddisfazione del Cliente, con necessità di comunicare i suoi dati a Società a noi collegate e altri soggetti che possono offrire servizi di qualità alla nostra clientela. Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati come titolari autonomi del trattamento.

5. Diritti di cui all'Art. 7 D.LGS 196/2003 (diritti dell'interessato)  
Lei/Voi avete diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi/Vostri dati presso di noi e come vengono utilizzati; avete inoltre diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, e di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento.

Per l'esercizio di quanto sopra specificato potrete rivolgervi: I.G.S. S.r.l. - Via Ligabue 2 - LATINA 04100 Ufficio Sport al seguente numero telefonico: 0773/602378; oppure direttamente presso le direzioni generali delle Società: della CHARTIS EUROPE Via Della Chiusa n° 2 - 20123 Milano e della D.A.S. ASSICURAZIONI S.P.A. via IV Novembre n°24 - 37126 Verona. Il servizio è a completa disposizione per eventuali chiarimenti sul testo dell'informativa o sulla legge medesima, sulla modalità del trattamento dei dati o su qualunque altra informazione ritenuta necessaria. Per ragioni di opportunità non tutti i destinatari della comunicazione possono essere espliciti per esteso o aggiornati frequentemente sullo stampato; pertanto, il servizio indicato in informativa è a disposizione nel fornire dettagli o risposte di chiarimento in merito, nonché l'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento.

Sulla base di quanto sopra, le chiediamo pertanto di esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati personali, anche sensibili, e per la comunicazione alle categorie di soggetti indicati nelle lettere: A e B del punto 4. (Comunicazione a terzi dei suoi dati personali) in relazione alle finalità di cui al punto 2 (Finalità del trattamento dei dati) lettere a) - b) dell'informativa stessa, apponendo la firma in calce.

L'EVENTUALE RIFIUTO DA PARTE DELL'INTERESSATO DI CONFERIRE I DATI PERSONALI NEI CASI SOPRA PREVISTI DAI PUNTI A - B, COMPORTA L'IMPOSSIBILITÀ NEL GESTIRE E LIQUIDARE I SINISTRI.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DELL'INFORTUNATO

(in caso di infortunio a minore, firma l'esercente la potestà)

Vi chiediamo, inoltre, di esprimere il consenso per la comunicazione e/o diffusione dei Vostri dati personali, alle categorie di soggetti indicati alla lettera C. del punto 4. per le finalità di cui alla lettera C) del punto 2., apponendo la firma in calce. Tale consenso è facoltativo e non impedisce la prosecuzione del rapporto contrattuale e la fornitura dei servizi di cui sopra.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DELL'INFORTUNATO (in caso di infortunio a minore, firma l'esercente la potestà)

Gestione del sinistro ON-LINE - comunicazione dei dati da parte dell'Assicurato

Gentile Assicurato, da quest'anno, è stata semplificata la procedura per la liquidazione degli infortuni. Il nostro sistema di gestione permette infatti di interagire direttamente con l'Assicurato via e-mail e di comunicare in linea diretta con il Liquidatore. La documentazione per la liquidazione potrà essere inviata direttamente al Suo indirizzo di posta elettronica. Per poter beneficiare di un servizio migliore, Le chiediamo di indicare chiaramente e in stampatello, nella casella sottostante, il suo indirizzo di posta elettronica.

@