

**Convenzione CSAIn – UNIPOLSAI
Modulo Denuncia infortuni – Tesserati CSAIn**

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME: _____ NOME: _____
 NATO/A A: _____ PROVINCIA _____ IL: ____/____/____
 INDIRIZZO VIA: _____ N. _____
 COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____
 CODICE FISCALE: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| TEL./CELL.: _____

E-MAIL PER COMUNICAZIONI: _____ (Genitore o Assicurato Maggiorene – in stampatello)

N° TESSERA CSAIn _____ EMESSA IL ____/____/____ DISCIPLINA SPORTIVA _____

TESSERA: BASIC PLUS CICLISMO BASIC CICLISMO STANDARD CICLISMO PLUS CICLISMO ELITE VOLONTARI TERZO SETTORE GRANDI EVENTI

DATI ANAGRAFICI DEI DUE GENITORI (OBBLIGATORIO IN CASO DI MINORE)

Nome Cognome _____ CODICE FISCALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nome Cognome _____ CODICE FISCALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DATI BANCARI (PER EVENTUALE LIQUIDAZIONE)

Coordinate bancarie IBAN (27 cifre) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Intestatario c/c bancario: _____ Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ESTREMI DELLA LESIONE

DATA ____/____/____ ORA ____:____ *Barrare una delle seguenti scelte. In caso di gara o manifestazione, riportare il nome dell'evento.*

GARA _____ MANIFESTAZIONE _____ ALLENAMENTO TRASFERIMENTO

LUOGO _____ PROVINCIA _____ TESTIMONI PRESENTI AL FATTO _____

DISCIPLINA SPORTIVA: _____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO _____

TIPO LESIONE CONTUSIONE DISTORSIONE FRATTURA ROTTURA LUSSAZIONE PERDITA AMPUTAZIONE USTIONE

PARTE DEL CORPO INTERESSATA _____

INFORTUNI PRECEDENTI (SI/NO) _____ IN DATA _____ QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO _____

Luogo e data _____ Nome e cognome dell'interessato (assicurato o se minorene entrambi i genitori) _____ Firma _____

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSOCIAZIONE/ SOCIETA' SPORTIVA/CIRCOLO

NOME ASSOCIAZIONE/SOCIETA'SPORTIVA/CIRCOLO _____

_____ AFFILIAZIONE N° _____ DEL _____

INDIRIZZO _____ N. _____ COMUNE _____ PROVINCIA _____ C.A.P. _____

COMITATO TERRITORIALE DI _____ COD. AFFILIAZIONE SOC. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

TEL/FAX _____ E-MAIL _____

DATA _____ FIRMA _____

DA COMPILARSI A CURA DEL COMITATO TERRITORIALE CSAIN

NOME COMITATO TERRITORIALE CSAIN _____

INDIRIZZO _____ N. _____ COMUNE _____ PROVINCIA _____ C.A.P. _____

TEL/FAX _____ E-MAIL _____

DATA _____

FIRMA E TIMBRO DEL RESPONSABILE DEL COMITATO TERRITORIALE CSAIN _____

NB: per le modalità di inoltro del presente modulo consultare l'allegato "PROMEMORIA PER IL TESSERATO".

Assicurazione Infortuni Cumulativa UnipolSai N. 160119999

Assicurazione di Responsabilità Civile UnipolSai verso Terzi N.

160119999

Convezione CSAIn 2022/2023

Dichiarazione da rendersi a cura del Rappresentante legale della società di appartenenza del Tesserato

Come previsto da allegato B del modulo DENUNCIA di SINISTRO INFORTUNIO e di RESPONSABILITA' CIVILE

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____ il _____

In qualità di Legale rappresentante della società sportiva denominata _____

Affiliata a CSAIn Codice sodalizio n° _____

Con sede nel Comune di _____

Indirizzo _____ CAP _____ Provincia _____

Dichiara che

L'attività sportiva svolta dall'assicurato è sotto l'egida dello CSAIn ed è iscritta nei registri dell'ente.

In data ___/___/___ alle ore _____ durante lo svolgimento di attività di allenamento programmato, *così come previsto da art. 7 D.P.C.M n°296 del 03/11/2010 – g.u. n. 296 del 20.12.2010-* (Parte integrante della polizza CSAIn/UnipolSai 2022/2023): *disposto, controllato e autorizzato dalla Società Sportiva, nonché certificato e comunicato all'organismo periferico per tramite le modalità didattiche stabilite nella piattaforma <http://gtweb.csain.it/>*

si è verificato il sinistro che ha coinvolto il Sig:

Nome

Cognome

Tessera n° _____

Emessa in data _____

La presente dichiarazione si rilascia ai fini assicurativi consapevole delle responsabilità e delle conseguenze penali e civili quali incorre chi rende dichiarazioni false e/o mendaci e/o comunque non veritiere.

Data

Timbro e firma del Legale Rappresentante della società sportiva

MODULO PRIVACY

Per prestare i nostri servizi, abbiamo bisogno di raccogliere e utilizzare i vostri dati personali, quali il vostro nome e altri dettagli di contatto, incluse categorie speciali di dati personali (ad esempio dati relativi alla vostra salute, e/o informazioni relative a condanne e reati penali).

Gli scopi per i quali usiamo i dati personali possono essere la gestione della copertura assicurativa, la gestione dei sinistri, ecc. Ulteriori informazioni sull'utilizzo dei dati personali da parte nostra sono fornite nell'informativa privacy Marsh, consultabile accedendo al seguente link <https://www.marsh.com/it/it/privacy-policy.html> o richiedendone una copia cartacea tramite e-mail all'indirizzo affari.legali@marsh.com oppure scrivendo a Marsh S.p.A., Viale Bodio 33, 20158 Milano, c.a. Legal Counsel.

Nell'esecuzione dei nostri servizi, potremo comunicare i dati personali da voi forniti a terze parti quali assicuratori, riassicuratori, liquidatori, subappaltatori, società parte del gruppo Marsh&McLennan Companies, nonché ad enti regolatori che potranno richiedere le tue informazioni per gli scopi meglio descritti nell'informativa privacy Marsh.

A seconda delle circostanze, nell'esecuzione dei nostri servizi, potremo trasferire i Vostri dati personali verso Paesi al di fuori dell'Italia e dello spazio economico europeo che hanno leggi di protezione dei dati meno robuste. Nei richiamati casi, tale trasferimento sarà effettuato adottando le opportune misure di salvaguardia.

Il Vostro consenso all'uso da parte nostra (e di altri soggetti della catena assicurativa) di categorie speciali di dati personali (ad esempio informazioni sanitarie e/o informazioni relative a condanne penali e reati), è necessario per lo svolgimento dei nostri servizi in Vostro favore.

Potrete revocare il consenso prestato in qualsiasi momento, ma ciò potrà comportare l'impossibilità di proseguire l'esecuzione dei servizi a Vostro favore e l'impossibilità, dunque, di gestire le Vostre coperture assicurative.

Se ci state fornendo dati personali relativi a una persona diversa da voi (compresi i bambini di età superiore ai 13 anni), acconsentite a notificare a tali soggetti la nostra informativa sul trattamento dei loro dati personali e ad ottenere il consenso al trattamento di qualsiasi categoria speciale di dati personali, quali informazioni sanitarie e/o informazioni relative a condanne e reati illeciti.

Da parte vostra, concordate che l'esecuzione dei servizi è subordinata all'adempimento di quanto sopra in relazione all'invio dell'informativa e all'ottenimento dei relativi consensi. Qualsiasi terza parte di cui trattiamo i dati personali potrà revocare il consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso potrà comportare l'impossibilità di proseguire l'esecuzione dei servizi in favore di tali terzi (o anche nei Vostri, in base alle circostanze concrete) e l'impossibilità, dunque, di gestire le Vostre coperture assicurative.

Se l'interessato ha meno di 18 anni, la dichiarazione deve essere completata dal genitore/tutore.

· Spuntando questa casella confermo di aver compreso le informazioni di cui sopra e acconsento al trattamento dei miei dati personali particolari per le finalità di cui sopra

Data.....

Nome e Cognome dell'interessato o, se minore, del genitore/tutore:

Rapporto con il richiedente:

Firma dell'interessato o, se minore, del genitore/tutore:

PROMEMORIA PER IL TESSERATO - Norme da seguire in caso di infortunio

La denuncia (e seguiti) va inviata all'Ufficio Sinistri Infortuni di Marsh S.p.A. al seguente indirizzo mail:

sinistri.infortuni@marsh.com

Customer Service: 02/48538986

Dal lunedì al giovedì dalle ore 9.30 alle ore 12 e dalle 13.30 alle ore 16.30

INVIO DENUNCIA DI SINISTRO

La denuncia di sinistro deve essere effettuata dall'Assicurato o da chi ne fa le veci o eventuali aventi causa tramite l'invio alla casella di posta sinistri.infortuni@marsh.com del presente modulo debitamente compilato in ogni sua parte e di eventuale ulteriore documentazione a supporto.

DOCUMENTAZIONE FONDAMENTALE AI FINI DELL'APERTURA DEL SINISTRO

Ai fini della corretta istruttoria del sinistro si necessita di:

- Modulo di denuncia sinistro (debitamente compilato in tutte le sue parti, firmato dall'Assicurato e dalla Soc. Sportiva, e con apposizione della nota di presa visione della normativa sulla privacy);
- Certificato di pronto soccorso o (ove non presente) certificato del medico che ha prestato le prime cure;
- Fotocopia chiara e ben visibile della tessera CSAIn in corso di validità.

NB: l'infortunato/assicurato con Tessera CSAIn, o chi ne fa le veci o l'avente causa, sono gli unici ad avere diritto all'eventuale liquidazione del sinistro e sono gli unici ad avere l'onere di ottemperare all'obbligo di denuncia del sinistro.

SUCCESSIVE COMUNICAZIONI

Si fa presente che Le eventuali successive comunicazioni da parte del centro liquidazione sinistri verranno inviate via e-mail.

In fase di apertura del sinistro verrà inviata una lettera di primo riscontro all'Assicurato con l'elenco della documentazione necessaria ai fini della corretta valutazione del sinistro (qualora non sia già stata inoltrata in fase di denuncia).

Si precisa che la chiusura del sinistro potrà avvenire solo alla ricezione dei documenti sotto indicati:

- Modulo di denuncia sinistro (debitamente compilato in tutte le sue parti, firmato dall'Assicurato e dalla Soc. Sportiva, e con apposizione della nota di presa visione della normativa sulla privacy);
- Fotocopia chiara e ben visibile della tessera CSAIn;
- Copia dei referti degli esami diagnostici: radiografie, ecografie, analisi, risonanza magnetica, ecc. (non inviare CD e lastre, ma solo i referti);
- Copie di fatture, notule, ricevute di spese mediche;
- Copia conforme della cartella clinica (in caso di ricovero);
- Certificato Medico di effettiva Guarigione clinica.

Non inviare documentazione originale.

L'invio della documentazione dell'infortunio potrà avvenire in unica soluzione, a guarigione clinica ultimata, attestata da idoneo certificato medico di guarigione, entro 2 anni dalla data della denuncia.

Nel caso in cui il sinistro non si concluda entro due anni dalla data di avvenimento dell'infortunio, resta a carico dell'assicurato/beneficiario l'onere di inviare una comunicazione al Centro Liquidazione Sinistri, entro lo stesso termine, al fine di interrompere la prescrizione ai sensi del codice civile.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

- Modulo di denuncia sinistro debitamente compilato e firmato;
- Fotocopia della tessera CSAIn;
- Certificato di Morte;
- Stato di famiglia;
- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori;
- Certificato di idoneità alla pratica sportiva in caso di decesso dovuto agli eventi gravi previsti dalla polizza infortuni;
- Verbale delle Autorità intervenute;
- Cartella Clinica e copia referto autoptico o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso;
- Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto;
- Eventuali articoli di stampa;
- Copia del rapporto di gara se l'infortunio è avvenuto durante una competizione;
- Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto dagli aventi diritto.

CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Se i documenti sono completi ed il diritto all'indennizzo non risulta decaduto, prescritto o escluso dalle garanzie prestate, **il sinistro viene liquidato con bonifico bancario (la scelta di tale metodo di pagamento è stata fortemente voluta da UNIPOLSAI ASSICURAZIONI per garantire la corresponsione dell'importo all'assicurato in totale sicurezza e velocità).**

SI LIQUIDA:

- a) La morte dell'iscritto. La liquidazione viene effettuata a favore degli eredi legittimi o testamentari;
- b) L'indennizzo delle lesioni nella misura prevista dalla Tabella Lesioni al netto della franchigia contrattualmente prevista. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a favore dell'infortunato;
- c) Il rimborso delle spese mediche e di ogni altra garanzia accessoria come previsto dal contratto (se la propria tessera lo prevede). Il rimborso viene effettuato a favore dell'infortunato.

NON SI LIQUIDA:

- a) Quando le lesioni non rientrano nella Tabella Lesioni allegata alla copertura assicurativa o sono assorbite dalla franchigia;
- b) Sulla base dei carteggi si evince una mancanza di nesso causale tra l'infortunio denunciato e le lesioni riportate;
- c) Intervenuti i termini di prescrizione (due anni).

La polizza non prevede il rimborso delle spese di patrocinio.

INFORMAZIONI IN MERITO ALLO STATO DEL SINISTRO DENUNCIATO

Numero telefonico: **02 – 48 538 986**
dal Lunedì al Giovedì dalle 9,30 alle 12,00 e dalle 13,30 alle 16,30

Chiamando il l'infortunato ha accesso diretto all'ufficio Gestione sinistri per:

- Informazioni sulle modalità di denuncia
- Informazioni sullo stato del sinistro (in lavorazione, respinto, in attesa documentazione, ecc..)
- Informazioni sulla definizione del sinistro (pagato totale, pagato parziale, fuori garanzia di polizza)

Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l'infortunato (o chi ne fa le veci o i suoi aventi causa) dovranno sempre fornire il numero di sinistro per avere accesso ai dati.