

## **Programma Assicurativo**

**2018**

**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 a Poste Assicura S.p.A. a cura della Federazione/Associazione Sportiva, secondo le seguenti modalità:

a mezzo fax al n° 0654924475 ( **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 Poste Assicura S.p.A. – Ufficio Sinistri- Viale Beethoven n. 11- 00144 Roma

#### INFORTUNI E RESPONSABILITÀ CIVILE

- **Termini** per la denuncia dei sinistri da parte dall'Associazione/Federazione Contraente:
  - Infortuni: **15 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 entro 50 km dallo stesso, 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 da ricovero:** in caso di ricovero ospedaliero la liquidazione dell'indennizzo avverrà su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall'istituto di cura. Tale documentazione deve essere presentata **entro 30 giorni** dal giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.
- **Diaria per Gessatura:** la diaria da gesso viene corrisposta dietro presentazione, in originale, del certificato medico attestante l'applicazione della gessatura presso e del certificato di rimozione della gessatura presso una struttura ospedaliera. Tale garanzia è operante per le Opzioni Integrative.
- **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.

**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 Inter Partner Assistance S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia) in funzione 24 ore su 24 tutto l'anno**

**Tel. 800554084**

Telefono dall'estero **+39 0642115799**

**ASSISTENZA  
(Esclusivamente per  
Opzioni Facoltative)**

**e comunicare:**

Le generalità complete dell'Assicurato ed un recapito telefonico o telefax;

I dati del contraente o il numero di Polizza: 70142 – **CNS Libertas**;

Il numero di telefono o fax dove può essere contattato;

L'indirizzo del suo domicilio e/o residenza;

La prestazione richiesta.

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.**

**MODULO DENUNCIA SINISTRO**

(Modulo A)

**Compilare tutti i campi in stampatello**

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

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

**Via:** \_\_\_\_\_ **C.A.P.:** \_\_\_\_\_ **CITTÀ:** \_\_\_\_\_ **PROV.:** \_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_

Polizza CNS LIBERTAS (Responsabilità Civile Verso Terzi - Infortuni - Assistenza)	N. 70142
---	----------

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

<b>Data Sinistro:</b>	<b>Ora:</b>	<b>Luogo:</b>
<b>Sport praticato</b>	<b>Ambito:</b> gara          allenamento          manifestazione	

**DESCRIZIONE CIRCOSTANZIATA DELL'ACCADUTO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

QUALIFICA ASSICURATIVA				
Atleta	Allenatore/Tecnico	Dirigente	Danneggiato	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		
-		e-mail		
-				
<b>Codice IBAN</b>				
<b>INTESTATARIO CONTO</b>				
<b>BANCA</b>				

ATTENZIONE L'INSERIMENTO DEI DATI BANCARI NON E'VINCOLANTE AI FINI DELL'EVENTUALE LIQUIDAZIONE DEL DANNO

ATTIVITA' SVOLTA AL MOMENTO DEL SINISTRO	<input type="checkbox"/> INDIVIDUALE	<input type="checkbox"/> IN TEAM
	Indicare nominativo Allenatore/Tecnico presente	

L'assicurato ha aderito ad una delle combinazioni facoltative (se previste):	Data:	Opzione scelta:
si      no		

**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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del Centro Prov.le Libertas

**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 se de dell'Associazione)*

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

Via: \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Polizza CNS LIBERTAS Responsabilità Civile Verso Terzi - Infortuni - Assistenza) N.70142

**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/DANNEGGIATO		
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 indicare per l'eventuale liquidazione le modalità di pagamento desiderate:

<b>Bonifico Bancario</b>	
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)