



Modulo Denuncia Lesione Convenzione F.I.G. e S.T.

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME: _____ NOME: _____
NATO/A A: _____ PROVINCIA _____ IL: ____ / ____ / ____
INDIRIZZO VIA: _____ N. _____
COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____
CODICE FISCALE: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| TELEFONO: _____
CELLULARE: _____ **E-MAIL PER COMUNICAZIONI:** _____
(Genitore o Assicurato Maggiore) _____
N° TESSERA: _____ DISCIPLINA SPORTIVA _____
TIPO TESSERA : PRATICANTE NON PRATICANTE EMESSA IL: ____/____/____

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 _____
DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO _____

MORTE LESIONE SE LESIONE, PARTE DEL CORPO INTERESSATA _____
TIPO LESIONE CONTUSIONE DISTRORSIONE FRATTURA ROTTURA LUSSAZIONE PERDITA AMPUTAZIONE USTIONE
ALTRO : _____
INFORTUNI PRECEDENTI (SI/NO) _____ IN DATA _____ QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO _____

DATA _____ FIRMA (**ASSICURATO** o se minorenne di chi ne fa le veci) _____

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

NOME ASSOCIAZIONE/SOCIETA'SPORTIVA _____
INDIRIZZO _____ N. _____ COMUNE _____ PROVINCIA _____ C.A.P. _____
COMITATO TERRITORIALE DI _____ CODICE SOCIETA' _____
TEL/FAX _____ E-MAIL: _____
DATA _____ TIMBRO E FIRMA _____

Spedire via raccomandata R.R. : **MARSH S.P.A.- UFFICIO SINISTRI FIG.e.ST VIALE DI VILLA GRAZIOLI, 23 – 001981 ROMA** o all'indirizzo mail associazioni.sportive@marsh.com il presente modulo allegando copia della Tessera FIGeST, certificato di primo soccorso e modulo privacy firmato. Sulla base di quanto espresso nell'informativa sotto allegata, apponendo la Sua firma in calce, Lei esprime il consenso al trattamento dei dati – eventualmente anche effettuato da Marsh S.p.A, in qualità di Broker esclusivo incaricato dalla FIG.e.ST

Luogo e data

Nome e cognome dell/gli interessato/i (Assicurato o genitore)

Firma (assicurato o genitore)



INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

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.

o 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

Firma..... Rapporto con il richiedente.....

Nome e Cognome: Data.....



Promemoria per il tesserato

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI INFORTUNIO:

La denuncia di sinistro deve essere effettuata dall'Assicurato o da chi ne fa le veci o eventuali aventi causa tramite posta o mail:

MARSH S.P.A. - UFFICIO SINISTRI FIG.eST
Viale di Villa Grazioli 23 – 00198 ROMA
associazioni.sportive@marsh.com

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI INFORTUNIO: (entro 30 giorni dal fatto o dal momento in cui l'assicurato ne abbia avuto la possibilità)

1. Modulo di Denuncia Sinistro debitamente compilato e firmato
2. Fotocopia chiara e ben visibile della tessera FIGeST - **indispensabile per l'apertura del sinistro**
3. Certificato di pronto soccorso;
4. Fatture, notule, ricevute di spese mediche (in originale)
5. Copia conforme della cartella clinica (ove presente);
6. Certificato Medico di Guarigione;
7. Referti degli esami diagnostici: radiografie, ecografie, analisi, risonanza magnetica, ecc. (non inviare cd/lastre)

Le eventuali successive comunicazioni da parte del centro liquidazione sinistri, verranno inviate via posta o via e-mail all'infortunato.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO : (entro 30 giorni dal fatto o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità)

1. Modulo di denuncia sinistro debitamente compilato e firmato (in originale);
2. Fotocopia della tessera FIGeST.;
3. Certificato di Morte (in originale);
4. Stato di famiglia;
5. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori;
6. Verbale delle Autorità intervenute;
7. Cartella Clinica e copia referto autoptico o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso;
8. Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto;
9. Copia del rapporto di gara se l'infortunio è avvenuto durante una competizione;
10. Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto dagli aventi diritto.

ATTENZIONE: la polizza non prevede il rimborso delle spese di patrocinio.

N.B. L'infortunato/assicurato con Tessera FIGeST., 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.

L'EVENTUALE LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO SECONDO QUANTO PREVISTO DALLE GARANZIE DI POLIZZA VERRA' CORRISPOSTO DALLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE TRAMITE BONIFICO BANCARIO. LA SCELTA DI TALE METODO DI PAGAMENTO E' STATA FORTEMENTE VOLUTA PER GARANTIRE LA CORRESPONSIONE DELL'IMPORTO DEFINITO ALL'ASSICURATO IN TOTALE SICUREZZA E VELOCITA'

Prescrizione: Nella polizza infortuni, i diritti dell'assicurato nei confronti dell'assicuratore si prescrivono in due anni dalla data del sinistro, la prescrizione può essere interrotta da una raccomandata inviata all'assicuratore nella quale l'assicurato rinnova la propria volontà ad essere risarcito.