

## 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.
- **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.**

**Per informazioni sullo stato del sinistro contattare**

**POSTE ITALIANE S.P.A.**

**CALL CENTER 800131811**

**Disponibile dal lunedì al venerdì**

**dalle ore 08:00 alle ore 20:00**

**ed il Sabato**

**dalle ore 08:00 alle ore 14:00**

## 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**

Data Sinistro:	Ora:	Luogo:
Sport praticato	<b>Ambito:</b> <input type="checkbox"/> gara <input type="checkbox"/> allenamento <input type="checkbox"/> manifestazione	

**DESCRIZIONE CIRCOSTANZIATA DELL'ACCADUTO**

---



---



---

**QUALIFICA ASSICURATIVA**

<input type="checkbox"/> <b>Atleta</b>	<input type="checkbox"/> <b>Allenatore/Tecnico</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dirigente</b>	<input type="checkbox"/> <b>Danneggiato</b>	<input type="checkbox"/> <b>Altro (precisare)</b>
--	--	---	---	---

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:
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> 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.**

<input type="checkbox"/> CONTINUAZIONE SINISTRO	<input type="checkbox"/> CONTINUAZIONE E CHIUSURA SINISTRO	<input type="checkbox"/> 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):

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

<input type="checkbox"/> <b>Bonifico Bancario</b>	
IBAN	_____
Intestatario/i Conto Corrente:	_____
Istituto di credito	_____
Agenzia e relativo indirizzo:	_____
<input type="checkbox"/> <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)

**INFORMATIVA "PRIVACY" Ex art. 13 del D.lgs. 196/2003  
PER L'ASSICURATO O PER LEGALE RAPPRESENTANTE/PROCURATORE/TUTORE/CURATORE  
(c.d. INTERESSATO)**

Con riferimento Modulo Denuncia Sinistro (allegato A) e alla documentazione che ad esso sarà allegata, ivi compresi informazioni e documenti che le verranno richiesti nell'iter del processo di valutazione del riconoscimento del sinistro stesso, nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, la Società Poste Assicura S.p.A. in qualità di Titolare del trattamento La informa che ha necessità di acquisire dati personali che La riguardano, anche sensibili (1), al fine di fornire i servizi di liquidazione delle prestazioni contrattuali, nonché per l'adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, di gestione e di controllo interno.

I dati, forniti direttamente da Lei o da altri soggetti (2), sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati - anche con l'ausilio di strumenti elettronici - con modalità e procedure strettamente legate agli scopi assicurativi; a tal fine possono essere necessarie comunicazioni a soggetti terzi del settore assicurativo e riassicurativo, operanti in Italia (es. Broker).

Per il perseguimento delle finalità sopraindicate i dati personali, in particolare quelli sensibili, possono essere conosciuti da collaboratori della Compagnia specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati o può rendersi necessario il ricorso a soggetti di fiducia ai quali la Compagnia affida, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa (3). I dati personali non sono soggetti a diffusione.

Senza il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili di volta in volta richiesti a Lei ovvero a terzi Poste Assicura non potrà procedere all'istruttoria funzionale alla valutazione ed esecuzione della polizza stessa.

Inoltre, solo in presenza del suo esplicito consenso i suoi dati sensibili potranno essere comunicati dal Titolare Consulbrokers S.p.A. ai fini della gestione del sinistro.

Il soggetto interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come vengono utilizzati; e ha il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento, ai sensi degli artt. 7-10 del Codice "privacy". Questi diritti sono previsti dall'art.7 del D.lgs. 196/2003. Per l'esercizio di questi diritti l'interessato può rivolgersi all'Ufficio Referente Privacy raggiungibile ai seguenti recapiti: Poste Assicura S.p.A. – Viale Beethoven, 11 Roma – [privacy@postevita.it](mailto:privacy@postevita.it); fax 06/54924258).

**Sulla base dell'informativa sopra fornita, si richiede il consenso per il trattamento dei dati sensibili funzionale alla gestione della polizza in oggetto ed alle prestazioni ad essa connesse:**

**Luogo e Data**

**Nome e Cognome  
dell'Assicurato/Interessato (leggibile)**

**Firma**

\_\_\_\_\_

*Apponendo la sua firma Lei esprime liberamente il proprio consenso affinché i suoi dati sensibili, vengano comunicati dal Titolare, Poste Vita S.p.A., a Consulbrokers S.p.A.*

**Luogo e Data**

**Nome e Cognome  
dell'Assicurato/Interessato (leggibile)**

**Firma**

**NOTE:**

(1) L'art.4, co.1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

(2) Ad esempio contraenti di polizze collettive che La qualificano come Affiliato/ beneficiario o Beneficiario. I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come autonomi Titolari di trattamenti operanti per le finalità sopra indicate o per finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti, produttori d'agenzia, mediatori di assicurazione, broker, medici legali, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, legali, società del Gruppo e altre società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei contratti, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, nonché organismi istituzionali tra cui ISVAP, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi). Per quanto qui non indicato, tali distinti Titolari forniranno una specifica informativa sul trattamento dei dati personali da essi effettuato