

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

Data Sinistro:	Ora:	Luogo:
Sport praticato	Ambito: 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		
-				
Codice IBAN				
INTESTATARIO CONTO				
BANCA				

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:

Bonifico Bancario	
IBAN	_____
Intestatario/i Conto Corrente:	_____
Istituto di credito	_____
Agenzia e relativo indirizzo:	_____
Assegno Bancario	
Intestato a	_____
Via	Cap
Città	Prov.
Data e luogo	FIRMA LEGGIBILE DELL'INFORTUNATO (in caso di infortunio a minore, firma l'esercente la potestà)