



**MODULO DI DENUNCIA SINISTRO**  
**Polizza n. 100.435518 - TESSERATI F.I.G.C.**  
 (DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)



**N. DOSSIER** \_\_\_\_\_ Contattare il numero verde **800 338168** per farsi comunicare il numero di dossier.

**DATI DELL'INFORTUNATO/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Paternità e maternità (obbligatoria per infortunio a minore) \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 Cod.Fisc. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Fax (solo di Ab. o Uff.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 N° TESSERA FIGC dell'Infortunato/a \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

TIPO TESSERA FIGC dell'Infortunato/a (barrare la categoria di appartenenza) :

Tesserati Settore Giovanile e Scolastico	Tesserati "Piccoli Amici"
Dirigenti società sportive affiliate al SGS	Dirigenti e collaboratori della F.I.G.C
Allenatori, Massaggiatori, Tecnici	

Coordinate bancarie per la liquidazione del sinistro:

Banca \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_ c/c intestato a \_\_\_\_\_

CODICE IBAN	PAESE	C.D.	CIN	ABI	CAB	N. CONTO

**DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA**

Società \_\_\_\_\_ Matricola numero \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 Tel/Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ Timbro \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ESTREMI INFORTUNIO**

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Gara/Allenamento/Trasferimento \_\_\_\_\_  
 Luogo \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Descrizione chiara e circostanziata delle cause che lo hanno provocato \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Testimoni (nome, cognome, indirizzo e telefono) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Infurtuni precedenti: si no In data \_\_\_\_\_  
 Quali lesioni aveva riportato ? \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Infortunato/a o di chi ne fa le veci o dell'avente causa \_\_\_\_\_

**La polizza infortuni non prevede il rimborso delle eventuali spese di patrocinio e/o legali**

Inviare il presente modulo per Raccomandata A/R a : GBS-Generali Business Solutions, Infortuni F.I.G.C., Casella postale 10043 – Milano, oppure via fax (0266814348)

*INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 196/2003*

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che la nostra Società tratterà i dati personali contenuti nella presente denuncia con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti.  
 Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.  
 Ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.  
 Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.  
 Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Generali Corporate Services S.c.a.r.l. - Privacy Gruppo Italia - Via Leonida Bissolati 23, 00187 Roma, tel. 06/4722.4865 fax 041.2593999). Il sito [www.inaassitalia.it](http://www.inaassitalia.it) riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.  
 Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Firma \_\_\_\_\_

**PROCEDURA DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO**

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata entro 60 giorni dall'Assicurato (o da parte di chi ne fa le veci o degli eventuali aventi causa in caso d'infortunio mortale ), tramite lettera raccomandata, via fax.

Qualora si tratti d'infortunio mortale la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma da spedire entro 15 gg. dalla data del fatto.

Per ottenere il numero di sinistro – che dovrà essere riportato sul Modulo di Denuncia Sinistro - l'assicurato dovrà contattare il Numero Verde **800 338168** dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 14,00 alle ore 18,00.

L'assicurato dovrà quindi spedire, tramite raccomandata, il Modulo di Denuncia Sinistro, debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto, riportante anche la sottoscrizione del Presidente della Società Sportiva, con allegata tutta la documentazione relativa all'infortunio, al seguente indirizzo:

**GBS – Generali Business Solutions  
Infortunati F.I.G.C.  
Casella postale 10043 – 20159 Milano**

oppure inviare il tutto al seguente n° di **fax: 0266814348**.

**La polizza non prevede il rimborso delle eventuali spese di patrocinio e/o legali**

La documentazione dell'infortunio potrà essere inviata, in un'unica soluzione, a guarigione avvenuta – attestata da idoneo certificato medico da presentarsi entro 30 giorni dalla cessazione delle cure mediche – e comunque entro un anno dalla data di pervenimento del certificato stesso.

Qualora la documentazione non dovesse pervenire entro i termini precedenti, resta a carico dell'assicurato/beneficiario l'onere di inviare, apposita comunicazione interruttiva del termine annuale di prescrizione, nei modi previsti dal codice civile (art. 2952 II° comma).

La liquidazione del sinistro potrà avvenire soltanto dopo la guarigione ed il ricevimento da parte di GBS dei documenti sotto indicati in originale (se previsti dalla copertura assicurativa per il settore d'appartenenza):

- a) modulo di denuncia sinistro debitamente compilato e firmato;
- b) certificato del Pronto Soccorso e/o di prima cura redatto il giorno stesso o comunque non oltre le 24 ore;
- c) fatture, notule o ricevute di spese mediche (se previste);
- d) copia integrale della cartella clinica in caso di ricovero ospedaliero;
- e) certificato medico di guarigione redatto dal medico curante;
- f) referti di tutti gli accertamenti diagnostici effettuati (ad es.: radiografie, ecografie, tac, rmn, analisi di laboratorio, ecc.);
- g) fotocopia della tessera F.I.G.C. in corso di validità alla data dell'evento
- h) copia del rapporto di gara, qualora l'infortunio sia avvenuto nel corso di una competizione.

Per quanto concerne i rimborsi inerenti le cure e protesi dentarie (se previste per la categoria di appartenenza) è necessario allegare il referto arbitrale attestante l'infortunio o, in mancanza di questo, apposita dichiarazione rilasciata dal Comitato Regionale F.I.G.C. d'appartenenza in cui venga fatta esplicita menzione dell'infortunio.

Qualora l'infortunio si verifichi nel corso di un trasferimento (cd. infortunio in itinere), è necessario specificare l'ora ed il luogo di accadimento del fatto, l'ora ed il luogo di partenza, l'ora ed il luogo in cui si doveva svolgere l'attività sportiva.

Documentazione necessaria in caso di **infortunio mortale**.

- a) Modulo di denuncia sinistro debitamente compilato e firmato (sempre in originale).
- b) Fotocopia della tessera F.I.G.C. in corso di validità alla data dell'evento.
- c) Certificato di morte (in originale)
- d) Stato di famiglia (in originale)
- e) Atto notorio o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà riportante i nominativi di tutti gli eredi del defunto.
- f) Certificato medico di idoneità alla pratica sportiva qualora il decesso sia dovuto ai gravi eventi previsti dalla polizza infortuni.
- g) Verbale dell'autorità intervenuta.
- h) Cartella clinica e copia del referto autoptico o (in caso di assenza di quest'ultimo) certificato medico attestante le cause cliniche del decesso.
- i) Eventuali dichiarazioni rilasciate da persone presenti al momento del fatto.
- j) Copia del rapporto di gara, qualora l'infortunio sia avvenuto nel corso di una competizione.

Per tutte le garanzie si precisa quanto segue:

- 1) il diritto all'eventuale indennizzo spetta esclusivamente all'infortunato/assicurato F.I.G.C. od ai suoi aventi causa.
- 2) Per tutte le liquidazioni è necessario che vengano fornite le coordinate bancarie complete del conto corrente intestato all'assicurato o se minore agli esercenti la potestà.
- 3) Qualora l'assicurato o chi per lui decidesse di ricorrere al patrocinio di un legale le relative spese resteranno a proprio carico.

Ogni successiva comunicazione o richiesta integrativa di documentazione da parte del centro liquidazione danni verrà inviata via posta all'indirizzo dell'assicurato, al n.° di fax oppure tramite e-mail, qualora questi ultimi risultino dal modulo di denuncia.

Le informazioni sullo stato del sinistro verranno fornite, unicamente dopo il ricevimento del certificato di guarigione, dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 al seguente Numero Verde

**800 338168**

Oltre ai riferimenti sopra indicati, è comunque disponibile, il seguente indirizzo di mail:

**[ggl.infortunifgc@progettolavoro.com](mailto:ggl.infortunifgc@progettolavoro.com)**