

**PROCEDURE PER IL TESSERATO C.S.A.In.
DA SEGUIRE IN CASO DI INFORTUNIO**

La denuncia deve essere effettuata dall'Assicurato o da chi ne fa le veci o eventuali aventi causa, **entro 30 giorni** dalla data dell'incidento, anticipata agli indirizzi sotto indicati a mezzo fax o mail. In caso di sinistro mortale la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato entro 7 giorni dal fatto. Trascorso tale termine, l'assicurato o i suoi aventi causa, decadono da qualsiasi diritto all'indennizzo.

Invio documentazione

FAX: 06/39740813

MAIL: agenzia212@fata-assicurazioni.it

PEPE CLAUDIO

Entro 30 giorni dalla data di inoltro denuncia all'Agenzia, l'Assicurato o i suoi aventi causa, dovranno spedire a mezzo posta, il Modello di denuncia di sinistro, debitamente compilato e sottoscritto, riportante anche la sottoscrizione del Presidente della Società Sportiva, con allegata la documentazione medica, a :

Gestione Sinistri

C.L.D. (Centro Liquidazione Danni) Roma Infortuni

Via Santa Costanza, 11

I Piano (Gestione dedicata infortuni)

00198 ROMA

Copia di tutta la documentazione dovrà essere trasmessa per conoscenza allo C.S.A.In.

Segreteria Nazionale C.S.A.In.

Viale dell'Astronomia, 30

00144 - ROMA

A - Caso di lesioni:

Entro 30 giorni dal fatto inviare:

- 1 – modulo di denuncia sinistro compilato in stampatello in ogni sua parte;
- 2 – copia del codice fiscale
- 3 – copia del primo certificato medico o di pronto soccorso da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi.

a cure ultimate inviare:

- 1 - lettera accompagnatoria con indicazione dei dati del sinistro (nominativo e data evento):

- 2 – copia del referto radiologico dal quale dovrà risultare l'identità, la data di effettuazione dell'indagine e il tipo di lesione per la quale si richiede il rimborso;
- 3 – copia della certificazione medica comprovante le cure e/o i trattamenti effettuati a seguito dell'infortunio fino a guarigione e copia conforme della cartella clinica ove presente;
- 4 – in caso di rimborso della diaria da ricovero copia della cartella clinica
- 5 - in caso di rimborso della diaria da gesso copia del referto medico da cui evince la data di rimozione del gesso;
- 6 – in caso di richiesta di rimborso spese mediche, originali di notule e/o fatture medico/cliniche.

La liquidazione del sinistro potrà avvenire solo al ricevimento del Certificato di guarigione unitamente ai documenti su indicati.

B . Caso decesso

Entro 7 giorni segnalare il fatto alla Presidenza dello C.S.A.In. a mezzo telegramma.
In seguito dovrà essere inviata la seguente documentazione:

1. modulo denuncia debitamente compilato in stampatello in ogni sua parte;
2. certificato di morte (in originale);
3. stato di famiglia (in originale);
4. dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori;
5. certificato di idoneità alla pratica sportiva;
6. verbali autorità intervenute;
7. cartella clinica e referto autoptico;
8. certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso;
9. copia del rapporto di gara se l'infortunio è avvenuto durante una competizione;
10. consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto degli aventi diritto.

Termini per la denuncia dei sinistri:

- Infortuni: il termine per la denuncia di sinistro è fissato a 30 giorni dalla data dell'infortunio.
- RTC: in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso, entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza.



Ai sensi dell'art. 2952 del c.c. e successive modifiche i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni. La prescrizione non 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 lavoro di prescrizione.

Seguono moduli di denuncia sinistri che saranno consegnati ai vari affiliati C.S.A.In.

INFORMAZIONI

Le informazioni sulle pratiche di sinistro potranno essere fornite
nei seguenti giorni ed orari:

Telefono 06/39754240
disponibile il
Martedì **dalle ore 15,00 alle ore 17,00**
Giovedì **dalle ore 15,00 alle ore 17,00**

Il presente estratto è basato sulle seguenti polizze:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| - Polizza infortuni cumulativa | 000005009021758576 |
| - Polizza RCT Tesserati CSAIn | 000005009021758623 |
| - Polizza RCT ASD Ciclismo/Scuole | 0000050090217585.... |
| - Polizza RCT Tesserati Ciclismo | 0000050090217585.... |



MODULO DI DENUNCIA INFORTUNIO

da spedire a:

FATA ASSICURAZIONI DANNI S.p.A. - AGENZIA GENERALE ROMA CLODIO 212

PIAZZALE CLODIO, 8 – 00198, ROMA

in alternativa via e-mail: agenzia212@fata-assicurazioni.it

e per conoscenza a: Segreteria Nazionale C.S.A.In

Viale dell'Astronomia, 30 – 00144 Roma

In alternativa via fax a. n°.06/5903242 – e-mail: info@csain.it

| | |
|------------------------|-------------------------------|
| Data sinistro _____ | Comitato Provinciale di _____ |
| Luogo _____ | Sodalizio _____ |
| Tipo di attività _____ | Indirizzo _____ |

NOMINATIVO ASSICURATO

| | |
|---------------|------------------------|
| Cognome _____ | Indirizzo _____ |
| Nome _____ | Comune _____ Cap _____ |
| C. F. _____ | Telefono _____ |

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| Nato a _____ | Tessera Associativa n° _____ |
| Data di nascita _____ | Rilasciata il _____ |

DESCRIZIONE DELL'EVENTO CHE HA PROVOCATO IL SINISTRO

| |
|--|
| |
| |
| |

AUTORITA' INTERVENUTE – TESTIMONI:

Infortunio accaduto:

- nella sede dell'Associazione Sportiva
- durante un'attività istituzionale organizzata da C.S.A.In.
- durante attività previste dall'Associazione stessa
- in altro luogo

Data

Firma dell'assicurato

Firma del Presidente ASD

Firma del Responsabile Provinciale

ALLEGARE: Certificato medico del danno subito
Fotocopia tessera associativa C.S.A.In.
Fotocopia Codice Fiscale

SINTESI PROCEDURA SINISTRI

- RICHIEDERE MODULISTICA AL VOSTRO C.P. DI APPARTENENZA E/O VISITARE IL SITO DELLO C.S.A.In. www.csain.it ENTRANDO NELLA VOCE “CONVENZIONI” E SUCCESSIVAMENTE “ASSICURAZIONI” DOVE E’ POSSIBILE REPERIRE TUTTO IL NECESSARIO PER LA DENUNCIA E PER CONOSCERE LE PRESTAZIONI DELLA POLIZZA INFORTUNI.
- COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA INFORTUNIO IN TUTTE LE SUE PARTI
- ALLEGARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER LA DENUNCIA, AL MODELLO DI DENUNCIA PREVISTO: SI PRECISA CHE LA COPIA DELLA TESSERA C.S.A.In. E’ NECESSARIA, LA SUA ASSENZA NON PERMETTERA’ L’APERTURA DEL SINISTRO.
- INVIARE DENUNCIA A:
 - 1 – **FATA ASSICURAZIONI DANNI S.p.A.**
Via posta o via e-mail
 - 2 – **C.S.A.In. DI ROMA SOLO VIA FAX**
- PER CHIUDERE L’INFORTUNIO E’ NECESSARIO INVIARE IL CERTIFICATO DI FINE INFORTUNIO COMPILATO DA UN MEDICO (SPECIALISTA E/O DI BASE) NO AUTOCERTIFICAZIONE.
- L’INVIO DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE PUO’ ESSERE FATTO IN COPIA TRANNE CHE PER LE SPESE MEDICHE E/O DI TUTTE LE FATTURE DI CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO CHE DEVONO ESSERE INViate IN ORIGINALE.
- SEGUITO SINISTRO: L’INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE SUCCESSIVA ALLA DENUNCIA DEVE ESSERE FATTO ALLA FATA ASSICURAZIONI DANNI S.p.A ED EVENTUALMENTE SOLO PER CONOSCENZA ALLO CSAIn QUALSIASI DOCUMENTAZIONE SUCCESSIVA ALLA DENUNCIA VA INVIATA EVIDENZIANDO LA DATA DEL SINISTRO IL NOMINATIVO DELL’INFORTUNATO. LA DOCUMENTAZIONE CHE VERRA’ INVIATA IN BUSTA SENZA QUESTA INDICAZIONE POTREBBE ANDARE PERSA.

NOTA BENE

- LA DENUNCIA INFORTUNI DEVE ESSERE INVIATA ENTRO E NON OLTRE I 30 GIORNI
- DECESSO ENTRO 7 GIORNI SUCCESSIVI ALL’ACCADIMENTO, IN DIFETTO I SINISTRI SARANNO RESPINTI PER IRREGOLARITA’.

INDIRIZZI UTILI PER LE DUE UNICHE MODALITA’ D’ INVIO

- **MEZZO POSTA:**
FATA ASSICURAZIONI DANNI S.p.A.
AGENZIA GENERALE ROMA CLUDIO 212
VIA SANTA COSTANZA, 11 - 00198 ROMA
- **MEZZO E-MAIL:**
agenzia212@fata-assicurazioni.it
- **MEZZO FAX:**
C.S.A.In. SEGRETERIA NAZIONALE A CUI INOLTARE LA DENUNCIA PER CONOSCENZA
FAX N° 06/5903242