

**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 \_\_\_\_\_

N° TESSERA FIPSA \_\_\_\_\_ DISCIPLINA PRATICATA \_\_\_\_\_

TIPO TESSERA:    Atleta                     Socio o Dirigente Affiliato                     Dirigente Federale                     Tecnici Sportivi                   Giudice di Gara                     Guardia Giurata                     Tesserato Singolo                     Tesserato Onorario 

TESSERATO IL: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SOCIETA' SPORTIVA /CIRCOLO/ SEZIONE PROVINCIALE \_\_\_\_\_

SOTTOSCRIZIONE TESSERA H24:                    NO                     SI                     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 

CITTA' \_\_\_\_\_ 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     DISTORSIONE     FRATTURA     ROTTURA     LUSSAZIONE     PERDITA     AMPUTAZIONE     USTIONE

INFORTUNI PRECEDENTI (SI/NO) \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

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

(in caso di "tesserato singolo" il modulo dovrà essere validato con timbro della sezione provinciale di riferimento)

NOME SOCIETA'SPORTIVA/CIRCOLO \_\_\_\_\_ AFFILIAZIONE N° \_\_\_\_\_ DEL: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

SEZIONE PROVINCIALE DI \_\_\_\_\_ TEL/FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ TIMBRO E FIRMA \_\_\_\_\_

Spedire via fax **0248538368** o via e-mail: [associazioni.sportive@marsh.com](mailto:associazioni.sportive@marsh.com) o via raccomandata R.R : **CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI – MARSH SpA Casella Postale 10436 UDR MI ISOLA – 20159 MILANO** il presente modulo allegando copia dell'opuscolo di tesseramento o copia del bollettino postale pagato, certificato di primo soccorso e modulo privacy firmato. Sulla base di quanto espresso nell'informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 sotto allegata, apponendo la Sua firma in calce, Lei esprime il consenso al trattamento dei dati – eventualmente anche sensibili – effettuato da : ZURICH INSURANCE, le strutture deputate alla gestione dei sinistri ed infine Marsh S.p.A, in qualità di Broker esclusivo incaricato dalla FIPSA

Luogo e data \_\_\_\_\_

Nome e cognome dell'/gli interessato/i (leggibili) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che Zurich Insurance plc, Titolare di trattamento, intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari<sup>1</sup>, al fine di fornire i servizi assicurativi<sup>2</sup> connessi alla polizza Infortuni e Responsabilità Civile a favore dei tesserati della F.I.P.S.A.S.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti<sup>3</sup>, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure – effettuate anche con l’ausilio di strumenti elettronici – necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all’estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all’estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa<sup>4</sup>.

In particolare Marsh Risk Consulting Services Srl (“MRC”), parte del Gruppo Marsh & McLennan Companies, in qualità di Titolare autonomo, curerà i servizi di apertura e gestione dei sinistri e, in tale ambito, i Suoi dati potranno essere registrati in banche dati del Gruppo Marsh ubicate anche al di fuori dell’Unione Europea (i.e. negli USA).

I Suoi dati possono essere conosciuti dai collaboratori di Zurich Insurance plc e MRC specificatamente autorizzati a trattarli, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate.

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge<sup>5</sup> – non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso Zurich Insurance plc e MRC, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento<sup>6</sup>.

Lei potrà esercitare tali diritti e richiedere informazioni 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, rivolgendosi a:

- ZURICH INSURANCE PLC – Responsabile ex art. 7 D.Lgs. 196/2003 è Zurich Insurance plc Via Benigno Crespi, 23 20159 Milano, tel. 0259661 fax 0259662603 Il sito [www.zurich.it](http://www.zurich.it) riporta le informative aggiornate ed ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l’elenco aggiornato dei Responsabili.
- MARSH RISK CONSULTING SERVICES S.r.l. – Viale Bodio, 33 – 20158 Milano - Tel. 02 485381 fax responsabile designato per il riscontro all’interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all’art.7 del D.Lgs. 196/2003. Potrete ottenere l’elenco dei Responsabili indirizzando richiesta scritta al Titolare all’attenzione dell’Ufficio Legal & Compliance, citando il riferimento “ PRIVACY” ovvero scrivendo alla seguente casella di posta: [associazioni.sportive@marsh.com](mailto:associazioni.sportive@marsh.com)

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati – eventualmente anche sensibili – effettuato da ZURICH INSURANCE PLC e MARSH RISK CONSULTING SERVICES S.r.l., alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data	Nome e cognome dell’/gli interessato/i (leggibili)	Firma
.....	.....	.....

**Attenzione! In caso di assicurato minorenni, il modulo deve essere firmato da un genitore (o eventuale tutore).**

<sup>1</sup> 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 indagato.

<sup>2</sup> Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell’assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche (come individuati dalla Raccomandazione del Consiglio d’Europa REC(2002)9)

<sup>3</sup> Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario, proprietario dei beni assicurati o danneggiato (v. polizze di responsabilità civile), nonché banche dati consultabili in fase pre assuntiva, assuntiva o liquidativa.

<sup>4</sup> I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti facenti parte della cosiddetta “catena assicurativa”: contraenti, assicurati, agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di recupero crediti e altri erogatori convenzionati di servizi; tali dati possono essere inoltre comunicati a società del Gruppo Zurich Insurance plc e ad altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati a società del Zurich Insurance plc per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, nonché ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell’industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali, quali Autorità Giudiziaria e Forze dell’ordine, IVASS, Banca d’Italia UIF, Ministero dell’Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione, concessionarie per la riscossione dei tributi.

<sup>5</sup> Lo prevede ad esempio la normativa in tema di constatazione amichevole di sinistro.

<sup>6</sup> Questi diritti sono previsti dall’art.7 del D.Lgs. 196/2003. L’integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l’opposizione presuppone un motivo legittimo.

## Promemoria per il tesserato FIPAS Norme da seguire in caso di infortunio /decesso

La denuncia di sinistro, trasmessa dall'infortunato o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa, dovrà pervenire in forma scritta via fax al numero **0248538368** o via e-mail all'indirizzo **associazioni.sportive@marsh.com**  
o tramite lettera raccomandata A/R a :  
CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI - MARSH SpA Casella Postale 10436 UDR MI ISOLA – 20159 MILANO

### 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. Copia Tessera FIPAS o Opuscolo Tesseramento o Copia bollettino postale pagato ***(indispensabile per l'apertura del sinistro)***
3. Certificato di pronto soccorso;
4. Eventuali 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.  
**N.B.** L'infortunato/assicurato con Tessera FIPAS, 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' CORRISPONTO DALLA COMPAGNIA ZURICH INSURANCE TRAMITE BONIFICO BANCARIO. LA SCELTA DI TALE METODO DI PAGAMENTO E' STATA FORTEMENTE VOLUTA DA ZURICH INSURANCE PER GARANTIRE LA CORRESPONSIONE DELL'IMPORTO DEFINITO ALL'ASSICURATO IN TOTALE SICUREZZA E VELOCITA'**

### 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. Copia Tessera FIPAS o Opuscolo Tesseramento o Copia bollettino postale pagato;
3. Certificato di Morte (in originale);
4. Stato di famiglia;
5. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori;
6. Certificato di idoneità alla pratica sportiva in caso di decesso dovuto agli eventi gravi previsti dalla polizza infortuni;
7. Verbale delle Autorità intervenute;
8. Cartella Clinica e copia referto autoptico o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso;
9. Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto;
10. Copia del rapporto di gara se l'infortunio è avvenuto durante una competizione;
11. Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto dagli aventi diritto.

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

**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.

La denuncia, firmata dall'assicurato o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa deve essere controfirmata dal maggiore esponente della società sportiva di appartenenza.

Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l'infortunato (o chi ne fa le veci o i suoi aventi causa) dovranno sempre fornire il numero di sinistro per avere accesso ai dati.