

**MODULO DENUNCIA INFORTUNIO (in vigore dal 1° agosto 2016)  
(da compilare in stampatello e in tutte le voci)**

**DATI ASSICURATO**

Pagina 1 di 4

<b>Categoria/Ruolo: indicare la qualifica</b> atleta/dirigente/tecnico/socio/giudice	
<b>Cognome e Nome</b>	
<b>Luogo (città e provincia) e data di nascita</b>	
<b>Indirizzo di residenza</b> (via/piazza – n° civico – cap – città – provincia)	
<b>Indirizzo di domicilio</b> <b>(da indicare se diverso dalla residenza)</b> (via/piazza – n° civico – cap – città – provincia)	
<b>Codice fiscale</b>	
<b>Email</b> <b>(da NON compilare nel caso di minore)</b>	
<b>Codice IBAN</b> <b>(da NON compilare nel caso di minore)</b>	
<b>Intestatario codice IBAN</b> <b>(da NON compilare nel caso di minore)</b>	
<b>Telefono (rete fissa o mobile)</b> <b>(da NON compilare nel caso di minore)</b>	
<b>Consenso SMS (indicare SI e/o NO)</b> <b>(da NON compilare nel caso di minore)</b>	
<b>Tessera A.S.C.</b> (indicare la sigla e il numero per intero)	
<b>Data di rilascio della tessera A.S.C.</b>	
<b>Data di scadenza della tessera A.S.C.</b>	
<b>Denominazione dell'Associazione</b>	
<b>Presidente dell'Associazione</b> (indicare cognome e nome)	

**Per attestazione veridicità dichiarazione rese**

**Firma dell'infortunato/a (o chi per esso)**

**Timbro dell'ASD/SSD e Firma del presidente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATI GENITORE**  
(da compilare solo nel caso di assicurato minore)

<b>Cognome e Nome</b>	
<b>Indirizzo di residenza</b> (via/piazza – n° civico – cap – città – provincia)	
<b>Email</b>	
<b>Codice IBAN</b>	
<b>Telefono</b> (rete fissa o mobile)	
<b>Consenso SMS</b> (indicare SI e/o NO)	

**DESCRIZIONE DELL'EVENTO**

<b>Data</b>	
<b>Orario</b>	
<b>Località</b> (via/piazza – n° civico – cap – città – provincia)	
<b>Avvenuto durante</b> (indicare: incontro/allenamento/altro)	
<b>Attività sportiva svolta</b>	
<b>Testimone</b> (cognome e nome)	
<b>Prestazioni sanitarie ricevute</b>	
<b>Lesioni subite</b>	
<b>Descrizione dell'evento</b>	

**Per attestazione veridicità dichiarazione rese**

**Firma dell'infortunato/a (o chi per esso)**

**Timbro dell'ASD/SSD e Firma del presidente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ATTENZIONE

Il presente modulo è da compilare in stampatello ed in tutte le parti richieste.

### TEMPI DI INOLTRO

Il presente modulo e la documentazione allegata dovrà essere inviato alla A.S.C. Ufficio Sinistri entro 30 giorni lavorativi dalla data del sinistro e/o dal momento in cui l'assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del codice civile.

**IL PRESENTE MODULO DENUNCIA INFORTUNIO CON I RELATIVI ALLEGATI  
DOVRA' ESSERE INVIATO ESCLUSIVAMENTE**

tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo:  
A.S.C. – Ufficio Sinistri – Via Reno n° 30 – 00198 Roma

**Ogni altra modalità d'inoltro non sarà considerata con pena decadenza dell'eventuale diritto.**

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE AL MODULO DENUNCIA INFORTUNIO**

Allegare al presente modulo **esclusivamente** i seguenti documenti:

- copia verbale pronto soccorso pubblico e/o struttura sanitaria equivalente (clinica, casa di cura, etc);
- copia documento identità infortunato in corso di validità (anche se l'infortunato è un minore);
- copia documento identità genitore in corso di validità (solo nel caso di infortunato minore);
- copia tessera ASC (fronte / retro) debitamente compilata in tutte le parti e sottoscritta.

**In mancanza degli allegati sopra citati la denuncia infortunio non potrà essere perfezionata.**

**NON DEVONO ESSERE ALLEGATE AL PRESENTE MODULO**

- **le certificazioni mediche successive al primo referto di pronto soccorso**, che dovranno essere inviate direttamente alla compagnia assicurativa quando richieste;
- **le copie di eventuali fatture/ricevute di spese eventualmente sostenute**, che dovranno essere inviate unitamente al modulo chiusura infortunio scaricabile dal sito [www.ascsport.it](http://www.ascsport.it).

L'Ufficio sinistri ASC potrà richiedere ogni eventuale ulteriore chiarimento.

Firma dell'infortunato/a (o chi per esso)

Timbro dell'ASD/SSD e Firma del presidente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**COPERTURE ASSICURATIVA TESSERA**

<b>INFORTUNI</b>	<b>TESSERA BASE</b>	<b>TESSERA COMPLETA</b>
Morte	€ 80.000,00	€ 100.000,00
Invalità permanente	€ 80.000,00 franchigia 9%	€ 100.000,00 franchigia 7%
Indennità giornaliera gesso (*)	Esclusa	€ 25,00 (massimo 30 gg. con franchigia di 3 gg.)
Indennità giornaliera ricovero	Esclusa	€ 25,00 (massimo 90 gg. con franchigia di 3 gg.)
Rimborso spese mediche con ricovero	Esclusa	€ 2.500,00 (scoperto 10% con minimo euro 200,00)
Rimborso spese mediche senza ricovero	Esclusa	€ 700,00 (scoperto 10% con minimo euro 200,00)

(\*) non cumulabile con l'indennità giornaliera ricovero

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

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la A.S.C., in qualità di autonomo titolare di trattamento intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari, al fine di fornire i servizi assicurativi connessi alla polizza infortuni a favore dei tesserati dell'Ente.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti, 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.

I suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori 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, 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 di noi, 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.

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 sopraindicati, rivolgendosi alla segreteria nazionale A.S.C. in Via Reno n° 30 - 00198 Roma, email [segreteria@ascsport.it](mailto:segreteria@ascsport.it) telefono 06-8848874.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei esprime il consenso al trattamento dei dati eventualmente anche sensibili effettuato da A.S.C., alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

**Firma dell'infortunato/a (o chi per esso)**

**luogo e data**

---



---