

MODULO DENUNCIA INFORTUNIO - anno 2016
(da compilare in stampatello e in tutte le voci)

DATI ASSICURATO

Pagina 1 di 4

Categoria/Ruolo: indicare la qualifica atleta/dirigente/tecnico/socio/giudice	
Cognome e Nome	
Luogo (città e provincia) e data di nascita	
Indirizzo di residenza (via/piazza -n° civico -cap -città -provincia)	
Indirizzo di domicilio (ove diverso dalla residenza) (via/piazza -n° civico -cap -città -provincia)	
Codice fiscale	
Email (da NON compilare nel caso di minore)	
Codice IBAN (da NON compilare nel caso di minore)	
Intestatario codice IBAN (da NON compilare nel caso di minore)	
Telefono (rete fissa o mobile) (da NON compilare nel caso di minore)	
Consenso SMS (indicare SI e/o NO) (da NON compilare nel caso di minore)	
Tessera A.S.C. (indicare la sigla e il numero per intero)	
Data di rilascio della tessera A.S.C.	
Data di scadenza della tessera A.S.C.	
'HQRPLQD]LRQH GHOO¶\$	
3UHVLGHQWH GHOO¶\$VV (indicare cognome e nome)	

Per attestazione veridicità dichiarazione rese

)LUPD GHOO¶\$ (Chiedo per l'importo) QDW

Timbro dell'¶\$6'66' H)LUPD GHOO¶\$

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

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

'(6 & 5 , = , 2 1 (' (// ¶ (9 (0 7

Data	
Orario	
Località (via/piazza -n° civico -cap -città -provincia)	
Avvenuto durante (indicare: incontro/allenamento/altro)	
Testimone (cognome e nome)	
Prestazioni sanitarie ricevute	
Lesioni subite	
'HVFUL]LRQH GHOO¶HYH	

Per attestazione veridicità dichiarazione rese

)LUPD GHOO¶LQIRUWXQDWR D RLPKIU SHGUH 0¶R6' 66' H)LUPD

ATTENZIONE

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

TEMPI DI INOLTRO

Il presente modulo e documentazione allegata dovrà essere inviato alla A.S.C. Segreteria Nazionale Ufficio Sinistri Via Francesco Cocco Ortu n° 22 –00139 Roma, entro 30 giorni lavorativi dalla data del sinistro e/o dal momento in cui l'assicurato e/o gli aventi diritto sono stati informati, come stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del codice civile.

02'\$/ , 7\$¶ ' , , 12/7 DEL PRESENTE MODULO E DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- A mezzo posta elettronica al l'indirizzo sinistri@ascsport.it unitamente in formato PDF in unico file con la dimensione massima consentita pari a 5 MB.
- In alternativa, tramite lettera raccomandata a A.S.C. Segreteria Nazionale –Ufficio Sinistri –Via Francesco Cocco Ortu n° 22 –00139 Roma

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

ALLEGATI

Allegare al presente modulo i seguenti documenti:

- copia documentazione clinica atta ad accertare le lesioni subite e la loro indennizzabilità
- copia verbale pronto soccorso pubblico e/o struttura sanitaria equivalente (clinica, casa di cura, etc)
- copia documento identità infortunato in corso di validità
- copia documento identità genitore in corso di validità (nel caso di minore infortunato)
- copia tessera ASC debitamente compilata in tutte le parti (fronte / retro)

In mancanza degli allegati sopra citati la denuncia di sinistro non potrà essere perfezionata.

NON DOVRANNO ESSERE ALLEGATE copie di eventuali fatture di spese sostenute.

02'\$/ , 7\$¶) , 1\$/(

Successivamente alla data di avvenuta guarigione scaricabile dal sito www.ascsport.it (con le modalità previste alla pagina 3 di detto modulo) **con le relative fatture di spese sostenute.**

)LUPD GHOO¶LQIRUWXQDWR D R FKL SHU HVVR

COPERTURE ASSICURATIVA TESSERA

Infortunati	Tessera Base	Tessera Completa
Morte	€ 80.000,00	€ 100.000,00
Invalidita' Permanente	€ 80.000,00 franchigia 9%	€ 100.000,00 franchigia 7%
Indennita' giornaliera gesso	Esclusa	€ 25,00 (massimo 30 gg. con franchigia di 3 gg.)
Indennita' 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 un minimo di € 200,00)
Rimborso Spese Mediche senza ricovero	Esclusa	€ 700,00 (scoperto 10% con un minimo di € 200,00)

(*) non cumulabile con l'indennità giornaliera gesso

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 d e l l ' E n t e .

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 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 se n o s t r o c o n t o , i n I t a l i a o r g a n i z z a t i v a c o o p e r a t i v a , c o m p i t i d i n a t u r

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 Francesco Cocco Ortu n° 22 - 00139 Roma, email segreteria@ascsport.it telefono 06-89766106.

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.

) L U P D G H O O ¶ L Q I R U W X Q D W R D R F K L S H U H V V R