



Convenzione Federazione Italiana Scherma

Polizza GENERALI NR. 420354674 effetto 31.08.2022 – 31.08.2023

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG DALL'EVENTO**)

COMPILARE IN STAMPATELLO E INOLTREARE A: SINISTRI.INFO@MARSH.COM

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 PER COMUNICAZIONI
-----------	--------------------------

(Genitore o Assicurato Maggiorennne – si prega di scrivere in **stampatello**)

APPARTENENTE ALLE LISTE DI INTERESSE NAZIONALE: ☐ SÌ ☐ NO DATA TESSERAMENTO / / CODICE TESS. _____

CATEGORIA: ☐ A ☐ A - Paralimpici ☐ B ☐ C ☐ D - Tessera promozionale 15gg ☐ NON TESSERATI - Integrativa

DATI ANAGRAFICI DEI DUE GENITORI (OBBLIGATORIO IN CASO DI MINORE)

Nome Cognome _____ CCODICE 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 e riportare il nome dell'evento.*

GARA ☐ ALLENAMENTO ☐ CONVOCAZIONE FIS ☐ NOME EVENTO _____

LUOGO _____ PROVINCIA _____ TESTIMONI PRESENTI AL FATTO _____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCONSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO _____

☐ MORTE ☐ LESIONE SE LESIONE. PARTE DEL CORPO INTERESSATA _____

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

DATA / / FIRMA DELL'INTERESSATO _____
(assicurato o se minorenne chi ne fa le veci)



DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' AFFILIATA

NOME SOCIETA' _____ AFFILIAZIONE N° _____ DEL: _____

INDIRIZZO _____ N. _____ COMUNE _____ PROVINCIA _____ C.A.P. _____

TEL/FAX _____ E-MAIL: _____

LA SOCIETA' DICHIARA CHE L'INFORTUNATO E' CORRETTAMENTE TESSERATO PER LA STAGIONE INTERESSATA? SI ☐ NO ☐

SI DICHIARA CHE IL SINISTRO E' AVVENUTO DURANTE: _____

DATA / / TIMBRO E FIRMA SOCIETA' _____

**NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO
(indistintamente per tutte le categorie di tesserati)**

La documentazione indicata di seguito dovrà essere inviata a: sinistri.infortuni@marsh.com

L'infortunio deve essere denunciato **entro 30 giorni dall'accaduto (o dal momento in cui l'assicurato ne abbia avuto la possibilità)**.

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO

- Modulo di denuncia lesioni debitamente compilato e firmato in ogni parte
- Copia della Tessera FIS in corso di validità
- Copia del Pronto Soccorso e/o di prima cura da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi
- Copia codice fiscale e documento d'identità dell'infortunato e di entrambi i genitori in caso di minore
- Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto
- Verbale del giudice e/o medico di gara (in caso di sinistro accaduto in gara e/o competizione)

ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO PER I TESSERATI PARALIMPICI

- Scheda disabilità fisica debitamente compilata e firmata
- Copia certificato clinico attestante la condizione patologica

DOCUMENTAZIONE DA TRASMETTERE PER LA DEFINIZIONE DEL SINISTRO

La liquidazione del sinistro potrà avvenire soltanto dopo la guarigione ed il ricevimento dei seguenti documenti:

- Copia completa della cartella clinica in caso di ricovero
- Referti di tutti gli esami diagnostici effettuati
- Eventuali Fatture, notule, ricevute di spese mediche sostenute
- Certificato di avvenuta guarigione e/o la dichiarazione di chiusura infortunio



***** ATTENZIONE *****

in mancanza della documentazione sopra evidenziata necessaria per una corretta valutazione della lesione riportata non sarà possibile dar corso al rimborso

Il decesso deve essere denunciato entro 30 giorni dall'accaduto (o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità).

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASODI DECESSO:

- Modulo di denuncia debitamente compilato
- Certificato di morte (in originale)
- Stato di famiglia (in originale)
- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori
- Certificato di idoneità alla pratica sportiva in caso di decesso dovuto agli eventi gravi.
- Verbali autorità intervenute
- Cartella clinica e copia referto autoptico o certificato medico (scheda ISTAT) attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso
- Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
- Eventuali articoli di stampa
- Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto dagli aventi diritto

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.

**Per ogni dubbio che dovesse insorgere, l'assicurato potrà rivolgersi a:
Marsh S.p.A.**

Email: sinistri.infortuni@marsh.com

**Customer Service: 02 48538986
(Lunedì-Giovedì dalle ore 9:30 alle ore 12:00 e dalle ore 13:30 alle ore 16:30)**

Per prestare i nostri servizi, abbiamo bisogno di raccogliere e utilizzare i vostri dati personali, quali il vostro nome e altri dettagli di contatto, incluse categorie speciali di dati personali (ad esempio dati relativi alla vostra salute, e/o informazioni relative a condanne e reati penali).

Gli scopi per i quali usiamo i dati personali possono essere la gestione della copertura assicurativa, la gestione dei sinistri, ecc. Ulteriori informazioni sull'utilizzo dei dati personali da parte nostra sono fornite nell'informativa privacy Marsh, consultabile accedendo al seguente link <https://www.marsh.com/it/it/privacy-policy.html> o richiedendone una copia cartacea tramite e-mail all'indirizzo affari.legali@marsh.com oppure scrivendo a Marsh S.p.A., Viale Bodio 33, 20158 Milano, c.a. Legal Counsel.

Nell'esecuzione dei nostri servizi, potremo comunicare i dati personali da voi forniti a terze parti quali assicuratori, riassicuratori, liquidatori, subappaltatori, società parte del gruppo Marsh&McLennan Companies, nonché ad enti regolatori che potranno richiedere le tue informazioni per gli scopi meglio descritti nell'informativa privacy Marsh.

A seconda delle circostanze, nell'esecuzione dei nostri servizi, potremo trasferire i Vostri dati personali verso Paesi al di fuori dell'Italia e dello spazio economico europeo che hanno leggi di protezione dei dati meno robuste. Nei richiamati casi, tale trasferimento sarà effettuato adottando le opportune misure di salvaguardia.

Il Vostro consenso all'uso da parte nostra (e di altri soggetti della catena assicurativa) di categorie speciali di dati personali (ad esempio informazioni sanitarie e/o informazioni relative a condanne penali e reati), è necessario per lo svolgimento dei nostri servizi in Vostro favore.

Potrete revocare il consenso prestato in qualsiasi momento, ma ciò potrà comportare l'impossibilità di proseguire l'esecuzione dei servizi a Vostro favore e l'impossibilità, dunque, di gestire le Vostre coperture assicurative.

Se ci state fornendo dati personali relativi a una persona diversa da voi (compresi i bambini di età superiore ai 13 anni), acconsentite a notificare a tali soggetti la nostra informativa sul trattamento dei loro dati personali e ad ottenere il consenso al trattamento di qualsiasi categoria speciale di dati personali, quali informazioni sanitarie e/o informazioni relative a condanne e reati illeciti.

Da parte vostra, concordate che l'esecuzione dei servizi è subordinata all'adempimento di quanto sopra in relazione all'invio dell'informativa e all'ottenimento dei relativi consensi. Qualsiasi terza parte di cui trattiamo i dati personali potrà revocare il consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso potrà comportare l'impossibilità di proseguire l'esecuzione dei servizi in favore di tali terzi (o anche nei Vostri, in base alle circostanze concrete) e l'impossibilità, dunque, di gestire le Vostre coperture assicurative.

Se l'interessato ha meno di 18 anni, la dichiarazione deve essere completata dal genitore/tutore.

☐ **Spuntando questa casella confermo di aver compreso le informazioni di cui sopra e acconsento al trattamento dei miei dati personali particolari per le finalità di cui sopra**

Data.....

Nome e Cognome dell'interessato o, se minore, del genitore/tutore:

Rapporto con il richiedente:

Firma dell'interessato o, se minore, del genitore/tutore: