

CONVENZIONE C.S.A.In. 2021/2022 - RISERVATA AL CICLISMO NON PROFESSIONALE

Cosa Fare in caso di sinistro

Modalità e istruzioni per la denuncia dei sinistri.

Per la denuncia dei sinistri è a disposizione la seguente casella di posta elettronica:
agenzia@ferrautosrl.it

INFORTUNI E RESPONSABILITÀ CIVILE

Termini

Per la denuncia dei sinistri da parte dall'Associazione/Federazione Contraente:

- Infortuni: 30 giorni dalla data di accadimento dell'infortunio;
- Responsabilità Civile: 15 giorni da quando l'Associazione/Federazione ne è venuta a conoscenza.

Denuncia sinistro e documentazione da inviare

Comunicazione scritta (utilizzando il Modulo denuncia sinistro – Modulo A) da parte dell'Associazione/Federazione contenente i riferimenti di luogo, giorno, ora di accadimento, cause/circostanze/modalità di accadimento del sinistro, alla quale va allegata TUTTA la documentazione rilasciata dalla struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso o dal Medico che ha prestato i primi soccorsi, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro, nonché il consenso al trattamento dei dati personali sottoscritto dall'interessato o, in caso di infortunio a minore, dall'esercente la potestà.

Conferma di ricezione e attribuzione numero di sinistro

Di norma entro 48 ore dall'invio della denuncia on-line, l'ufficio sinistri invierà una mail di conferma di ricezione della denuncia contenente l'attribuzione del numero di sinistro.

Documentazione successiva

Deve essere allegata al "Modulo Continuazione e Chiusura Sinistro" debitamente compilato e sottoscritto nella sua prima parte, barrando la casella "continuazione sinistro", indicando i dati anagrafici dell'assicurato e il numero del sinistro. Il modulo deve essere inviato al massimo entro 15 giorni successivi dalla data del rilascio dell'ultimo certificato medico.

Tale documentazione dovrà essere spedita via email: agenzia@ferrautosrl.it

Chiusura sinistro

Quando si intende chiudere la pratica di sinistro, il "Modulo Continuazione e Chiusura sinistro" deve essere compilato in ogni sua parte, barrando la casella "chiusura sinistro", e inviato unitamente alla documentazione medica non ancora trasmessa e agli originali delle spese mediche sostenute, tramite raccomandata, al seguente indirizzo di posta ordinaria:

----- Insurance Factory S.r.l. - Via Farini 6 - 40124 – Bologna (BO) -----

In assenza di spese mediche, il modulo potrà essere inviato a: agenzia@ferrautosrl.it

Solo previa presentazione di detto modulo la Società potrà provvedere alla valutazione del sinistro ed alla liquidazione spettante.

Garanzie accessorie

Diaria da ricovero: in caso di ricovero ospedaliero è sempre necessaria la copia integrale della cartella clinica.

Diaria per gessatura: la diaria da gesso viene corrisposta dietro presentazione del certificato medico attestante l'applicazione e la successiva rimozione della gessatura presso una struttura ospedaliera, sempreché l'assicurato abbia aderito alle polizze facoltative. La diaria non verrà corrisposta nei casi in cui all'assicurato per lesioni fratturative alle dita delle mani siano stati applicati: docce, valve/stecche gessate, stecche di Zimmer, finger splint, bendaggi elasto- adesivi o alla colla di zinco e tutori in genere amovibili.

Rimborso spese mediche: il rimborso viene effettuato dalla Società, in base a franchigie e massimali previsti dal contratto, a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'assicurato dell'originale dei documenti giustificativi.

Cure dentarie: Qualora prevista nel contratto, la società assicuratrice rimborsa senza sotto limite per dente, fino a concorrenza di € 2.000,00 e previa detrazione di una franchigia fissa di € 250,00 per sinistro, le spese per cure odontoiatriche ed ortodontiche - compresa la ricostruzione delle parti danneggiate (intervento di conservativa) - sino ad un massimo del corrispondente previsto dalla "tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche e odontoiatriche" del Tariffario dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri.

N.B.: gli allenamenti -individuali o collettivi- sono garantiti se preventivamente programmati ed autorizzati da C.S.A.In., quindi dovranno risultare negli appositi "Registri attività" tenuti da C.S.A.In..

ASSISTENZA

Modalità per la richiesta di assistenza

In caso di sinistro l'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, dovrà contattare la Centrale Operativa ai seguenti numeri:

800 147814 - 06 4211 5755

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.

Per accedere ai servizi, l'Assicurato o chi per lui, dovrà qualificarsi come "Assicurato INSURANCE FACTORY" e comunicare:

- Numero di polizza in convenzione: 310119
- Tipo di intervento richiesto;
- Nome e cognome;
- Recapito telefonico.

La denuncia dovrà essere effettuata il prima possibile e, in ogni caso, non oltre i 3 (tre) giorni successivi. L'inosservanza dei suddetti termini può compromettere il diritto alla prestazione. Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa ovvero da questa espressamente autorizzati. La Società ha facoltà di richiedere ai fini liquidativi ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere, in qualunque momento ed in ogni caso, eventuali eccezioni anche se abbia iniziato la liquidazione delle prestazioni.

Ai sensi dell'art. 2952 del cod. civ., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni. La prescrizione 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 periodo di prescrizione. La Società Assicuratrice non terrà conto di documentazione di spesa prodotta in copia o in copia conforme.

MODULO DENUNCIA SINISTRO Infortuni/Rct settore Ciclismo

(Modulo A)-Compilare tutti i campi in stampatello

Contraente: **C.S.A.In** Viale dell'Astronomia, 30 - 00144 Roma. Polizza n. **DL048009671-LB**

Associazione

affiliata: _____

(È Obbligatorio indicare l'esatta denominazione e sede dell'Associazione)

Via: _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

e-mail _____

(Riportare gli indirizzi e-mail, per velocizzare l'invio della richiesta di documentazione e per comunicazioni)

Data Sinistro: _____ Ora: _____ Luogo: _____

Sport praticato Ambito: gara allenamento manifestazione

Attività svolta al momento del sinistro: Individuale In gruppo (Indicare nominativo Allenatore/Tecnico presente) _____

DESCRIZIONE CIRCOSTANZIATA DELL'ACCADUTO:

QUALIFICA DELL'ASSICURATO:

Atleta Allenatore/Tecnico Dirigente Altro (precisare) _____

Numero Tessera Iscrizione C.S.A.In. _____

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Via _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Nominativi dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà (se minore)

Nome _____ Cognome _____

Nome _____ Cognome _____

Tel. _____ e-mail _____

Codice IBAN: _____

INTESTATARIO CONTO: _____

BANCA: _____

ATTENZIONE: L'INSERIMENTO DEI DATI BANCARI NON E'VINCOLANTE AI FINI DELL'EVENTUALE LIQUIDAZIONE DEL DANNO.

TIPOLOGIA ASSICURATIVA

L'assicurato ha aderito ad una delle seguenti combinazioni:

BASIC STANDARD PLUS ELITE

Data di adesione: _____

L'assicurato ha aderito ad una delle combinazioni integrative facoltative (se previste):

no si - Garanzia aggiuntiva "A" (cure dentarie).

Allegati obbligatori:

- Certificato medico rilasciato dalla struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso entro 24 ore dall'evento (ART. 15 Delle Norme che regolano la sezione infortuni);
- Modulo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

Data

Timbro e firma dell'Associazione Sportiva
affiliata CSAIn

Firma leggibile dell'Infortunato
Nel caso di minore, l'esercente la patria potestà

Timbro e firma per asseverazione denuncia
Il Responsabile del Comitato Territoriale CSAIN

MODULO CONTINUAZIONE E CHIUSURA SINISTRO
-Infortuni/Rct settore Ciclismo-

(Modulo B) - Compilare tutti i campi in stampatello

Contraente: **C.S.A.In** Viale dell'Astronomia, 30 - 00144 Roma. Polizza n. **DLO48009671-LB**

Associazione
affiliata: _____

(È Obbligatorio indicare l'esatta denominazione e sede dell'Associazione)

Via: _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

e-mail _____
(Riportare gli indirizzi e-mail, per velocizzare l'invio della richiesta di documentazione e per comunicazioni)

CONTINUAZIONE SINISTRO

CONTINUAZIONE E CHIUSURA SINISTRO

CHIUSURA SINISTRO

ASSICURATO:

Numero Tessera Iscrizione C.S.A.In. _____

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Via _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Nominativi dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà (se minore)

Nome _____ Cognome _____

Nome _____ Cognome _____

Tel. _____ e-mail _____

Si allega (allegare TUTTA la documentazione rilasciata successivamente a quella già trasmessa e riferita all'infortunio):

Numero documenti allegati	Tipologia documento	Numero documenti allegati	Tipologia documento
	Referti medici		Relazioni mediche
	Prescrizioni mediche		Originale fattura/ricevuta/notula/parcella
	Dichiarazione circostanziata modalità accadimento		Modulo consenso trattamento dei dati personali generali e sensibili
	Dichiarazione testimoniale		Documentazione radiografica (RX, ecc.)
	Originale ticket		Relazione allenatore/Preposto alla sorveglianza
	Cartella clinica integrale (copia conforme)		Atro (Specificare):

N.B.:

- La documentazione di spesa prodotta in copia non sarà ritenuta valida ai fini del rimborso.
- Le spese per certificati medici ad uso assicurativo non sono rimborsabili.

In caso di CHIUSURA SINISTRO, indicare per l'eventuale liquidazione le modalità di pagamento desiderate:

Bonifico Bancario

Codice IBAN: _____

INTESTATARIO CONTO: _____
(Esclusivamente il danneggiato o, nel caso di minori, chi ne esercita la patria potestà)

BANCA: _____

Agenzia e relativo indirizzo: _____

Assegno Bancario

Intestato a: _____
(Esclusivamente il danneggiato o, nel caso di minori, chi ne esercita la patria potestà)

Via: _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

Data _____

Firma leggibile dell'Infortunato
Nel caso di minore, l'esercente la patria potestà