

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI LESIONE CONVENZIONE F.C.I.

IN CASO DI LESIONE PREVISTA DALLE TABELLE DI POLIZZA A CONVENZIONE F.C.I. COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO RACCOMANDATA POSTALE CON RICEVUTA DI RITORNO ENTRO 15 GIORNI DALL'ACCADUTO A :

- **TAVERNA S.p.A. DI BROKERAGGIO ASSICURATIVO**
PIAZZA DELLA VITTORIA, 9 16121 GENOVA

ALLEGARE IN DOPPIA COPIA AL MODULO DI DENUNCIA LESIONE DA INDIRIZZARE ALL'A.R.A.:

- FOTOCOPIA DELLA TESSERA F.C.I.
- FOTOCOPIA CODICE FISCALE
- CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI DEBITAMENTE SOTTOSCRITTO
- FOTOCOPIA DEL PRIMO CERTIFICATO MEDICO DA CUI DOVRÀ RISULTARE INEQUIVOCABILMENTE LA DIAGNOSI E LA PROGNOSI.
- ACCERTAMENTO RADIOLOGICO E RELATIVO REFERTO DAI QUALI DOVRÀ RISULTARE L'IDENTITÀ, LA DATA DI EFFETTUAZIONE DELL'INDAGINE E IL TIPO DI LESIONE PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO.
- COPIA CONFORME CARTELLA CLINICA (PER LE LESIONI IL CUI RIMBORSO E' SUBORDINATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO)

N.B.: ANCHE PER LE LESIONI PARTICOLARI CONTENUTE IN POLIZZA E VERIFICATE SI ENTRO 60 GIORNI DALL'EVENTO OCCORRE INVIARE LA DOCUMENTAZIONE SOPRA DESCRITTA.

***** ATTENZIONE *****

IN MANCANZA DELLA DOCUMENTAZIONE SOPRA EVIDENZIATA NECESSARIA AD UNA CORRETTA VALUTAZIONE DELLA LESIONE RIPORTATA NON SARÀ POSSIBILE DAR CORSO ALLA VOSTRA PRATICA

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

- MODULO DI DENUNCIA DEBITAMENTE COMPILATO
- FOTOCOPIA DELLA TESSERA F.C.I.
- 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 PREVISTI NELL'ART. 10 DELLA CONVENZIONE
- VERBALI AUTORITÀ INTERVENUTE
- CARTELLA CLINICA E COPIA REFERTO AUTOPTICO O CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LE CAUSE CLINICHE CHE HANNO PROVOCATO IL DECESSO
- EVENTUALI DICHIARAZIONI DI TERZI PRESENTI AL FATTO
- EVENTUALI ARTICOLI DI STAMPA
- COPIA DEL RAPPORTO DI GARA SE L'INFORTUNIO E' AVVENUTO DURANTE UNA COMPETIZIONE

INVIARE LA DOCUMENTAZIONE RACCOLTA ALLA
TAVERNA S.p.A. DI BROKERAGGIO ASSICURATIVO

CALL CENTER ASSISTENZA SINISTRI F.C.I. : TEL 010/5508230 – FAX 010/5725225

**MODULO DENUNCIA LESIONI CONVENZIONE F.C.I. / INA ASSITALIA 2008 SU POLIZZA N.
100.361813**

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

DATI ANAGRAFICI DELL' INFORTUNATO

COGNOME: _____ NOME: _____

DATI ANAGRAFICI DI ENTRAMBI I GENITORI (OBBLIGATORIA IN CASO DI MINORE) : _____

INDIRIZZO/VIA: _____ N. _____

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____

CODICE-FISCALE: _____ TELEFONO: _____ / _____

NATO A: _____ IL: _____

SPECIALITÀ/DISCIPLINA SPORTIVA _____

TIPO TESSERA F.C.I. Numero _____

SOCIETÀ _____ DATA RILASCIO TESSERA: _____

PROFESSIONE _____

ESTREMI LESIONE

DATA E ORA LESIONE: _____ GARA/ALLENAMENTO: _____

LUOGO: _____ PROVINCIA _____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO: _____

INFORTUNI PRECEDENTI? (SI / NO): _____ IN DATA: _____

QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO ? : _____

TESTIMONI PRESENTI AL FATTO _____

DATA E LUOGO: _____ FIRMA _____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA

SOCIETÀ: _____ C.A.P.: _____ PROV.: _____

COMUNE: _____ INDIRIZZO: _____

CODICE FISCALE: _____

TEL: _____ / _____ AFFILIAZIONE N.: _____ DEL: _____

TIMBRO E FIRMA _____

**INVIARE ALLA: TAVERNA S.p.A. DI BROKERAGGIO ASSICURATIVO -
PIAZZA DELLA VITTORIA, 9 - 16121 GENOVA**

**MODULO DENUNCIA RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI
CONVENZIONE F.C.I. / INA ASSITALIA 2008 SU POLIZZA N. 100.361813**

**DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO E DA INVIARE ALLA:
TAVERNA S.p.A. DI BROKERAGGIO ASSICURATIVO – PIAZZA DELLA VITTORIA, 9 – 16121 GENOVA**

DATI ANAGRAFICI DEL DANNEGGIANTE

COGNOME: _____ NOME: _____

PATERNITÀ: (OBBLIGATORIA IN CASO DI MINORE)- _____

INDIRIZZO/VIA: _____ N.: _____

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____

CODICE FISCALE: _____ TELEFONO: _____ / _____

NATO A: _____ IL: _____

DISCIPLINA SPORTIVA: _____

TIPO TESSERA F.C.I. /Numero: _____

SOCIETÀ: _____ DATA RILASCIO TESSERA: _____

PROFESSIONE: _____

IL TESSERATO POSSIEDE ALTRA COPERTURA ASSICURATIVA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI? SI NO
SE SI INDICARE:

N. POLIZZA

COMPAGNIA DI ASS.NI

AGENZIA.....(VIA.....CITTÀ.....CAP.....

ESTREMI DEL SINISTRO

DATA E ORA SINISTRO: _____ GARA/ALLENAMENTO: _____

LUOGO: _____ PROVINCIA: _____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO: _____

SONO INTERVENUTE AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA? SE SI QUALI?

POLIZIA CARABINIERI VIGILI URBANI DELLA LOCALITÀ: _____

DANNI PROVOCATI: _____

TESTIMONI: _____

DATA E LUOGO: _____ FIRMA: _____

DATI DANNEGGIATO

COGNOME: _____ NOME: _____

INDIRIZZO VIA: _____ N.: _____ COMUNE: _____

CODICE FISCALE: _____

PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____ TELEFONO: _____ / _____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA

SOCIETÀ: _____ C.A.P.: _____ PROV: _____

COMUNE: _____ INDIRIZZO: _____

CODICE FISCALE: _____

TEL: _____ / _____ AFFILIAZIONE N: _____ DEL: _____

TIMBRO: _____ FIRMA _____