

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 :

- **A.R.A. - ATTIVITÀ E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l. -
Viale Brigata Liguria 105 R – int. 5 - 16121 Genova**

e per conoscenza alla:

- **FEDERAZIONE CICLISTICA ITALIANA
Stadio Olimpico, Curva Nord - 00194 ROMA - RM**

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
A.R.A. - ATTIVITÀ E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l. -**

PER OGNI DUBBIO CHE DOVESSE INSORGERE, L'ASSICURATO POTRÀ RIVOLGERSI ALLA:

A.R.A. - ATTIVITÀ E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l. -

CALL CENTER: 010 / 544371 - 010/5443851

FAX: 010 / 5959498

MODULO DENUNCIA LESIONI CONVENZIONE F.C.I.

(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: A.R.A. - ATTIVITÀ E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.R.L. -
Viale Brigata Liguria 105 R – int. 5 - 16121 Genova**

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI

COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI CONVENZIONE F.C.I. IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO RACCOMANDATA POSTALE CON RICEVUTA DI RITORNO ENTRO 30 GIORNI DALL'ACCADUTO A :

- **A.R.A. - ATTIVITA' E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l. -
Viale Brigata Liguria 105 R – int. 5 - 16121 Genova**

E per conoscenza alla:

- **FEDERAZIONE CICLISTICA ITALIANA
STADIO OLIMPICO, CURVA NORD - 00194 ROMA - RM**

ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA :

- FOTOCOPIA DELLA TESSERA F.C.I.
- CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI
- EVENTUALI DICHIARAZIONI TESTIMONIALI DI TERZI PRESENTI AL FATTO
- EVENTUALE COPIA DEL VERBALE REDATTO DA GIUDICI DI GARA E/O DIRETTORE DI CORSA (SE L' EVENTO È AVVENUTO DURANTE UNA COMPETIZIONE)
- EVENTUALE COPIA DEL VERBALE REDATTO DALL'AUTORITÀ INTERVENUTA SUL LUOGO DEL SINISTRO
- FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
- EVENTUALE COPIA ALTRA POLIZZA R.C.T. (IN CASO NE SIA TITOLARE)

IL DANNEGGIANTE DOVRÀ INFORMARE IL DANNEGGIATO DI RIVOLGERSI PER LA TRATTAZIONE DEL SINISTRO AD A.R.A. -ATTIVITÀ E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l. – Viale Brigata Liguria 105 R – int. 5 - 16121 Genova

IL DANNEGGIATO NEL CASO DI DANNI A COSE DOVRÀ PRODURRE:

- RICHIESTA DANNI
- PREVENTIVO, FATTURA O COMUNQUE GIUSTIFICATIVI SPESE (IN ORIGINALE)
- FOTOGRAFIE DEI PARTICOLARI DANNEGGIATI
- COPIA DEL LIBRETTO DI CIRCOLAZIONE (NEL CASO L'OGGETTO DANNEGGIATO FOSSE UN AUTOVEICOLO)
- EVENTUALI DICHIARAZIONI TESTIMONIALI DI TERZI PRESENTI AL FATTO

NEL CASO DI LESIONI PERSONALI DOVRÀ PRODURRE:

- DOCUMENTAZIONE MEDICA
- GIUSTIFICATIVI SPESE MEDICHE (IN ORIGINALE)
- CERTIFICATO DI GUARIGIONE
- EVENTUALI DICHIARAZIONI TESTIMONIALI DI TERZI PRESENTI AL FATTO

**PER OGNI DUBBIO CHE DOVESSE INSORGERE, L'ASSICURATO POTRÀ RIVOLGERSI ALLA:
A.R.A. - ATTIVITÀ E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l. -
CALL CENTER: 010 / 544371 - 010/5443851
FAX: 010 / 5959498**

**MODULO DENUNCIA RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI
CONVENZIONE F.C.I.**

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO E DA INVIARE ALLA
A.R.A. -ATTIVITÀ E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l Viale Brigata Liguria 105 R – int. 5 - 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 _____

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI DENUNCIA
MODULO DENUNCIA POLIZZA TUTELA GIUDIZIARIA
CONVENZIONE F.C.I./SPORTASS 2006

L'Assicurato è tenuto a denunciare all'Assicuratore eventuali sinistri non appena abbia avuto la possibilità e, comunque entro 15 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza. In ogni caso deve, pena la decadenza del diritto alla garanzia assicurativa, fare pervenire all'Assicuratore la notizia di ogni atto a Lui notificato entro 30 (trenta) giorni dalla data della notifica stessa.

N.B. COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ED I TERMINI SOPRA RIPORTATI DALL'EVENTO E/O DAL RICEVIMENTO DELLA NOTIFICA DI ATTI GIUDIZIARI A :

**A.R.A. – Attività e Rappresentanze Assicurative S.r.l. – Viale Brigata Liguria 105 R – int. 5 –
16121 Genova**

ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA :

- FOTOCOPIA TESSERA ASSOCIATIVA F.C.I.
- FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
- CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI
- EVENTUALI DICHIARAZIONI TESTIMONIALI DI TERZI PRESENTI AL FATTO
- EVENTUALE COPIA DEL VERBALE REDATTO DALL'AUTORITÀ INTERVENUTA SUL LUOGO DEL SINISTRO E DI DOCUMENTAZIONE CHE POSSA PROVARE LO SVOLGIMENTO DEI FATTI
- EVENTUALE COPIA DEL VERBALE REDATTO DA GIUDICI DI GARA E/O DIRETTORE DI CORSA (SE L' EVENTO È AVVENUTO DURANTE UNA COMPETIZIONE)
- EVENTUALE ATTO GIUDIZIARIO NOTIFICATO

PER OGNI DUBBIO CHE DOVESSE INSORGERE, L'ASSICURATO POTRÀ RIVOLGERSI ALLA:
A.R.A. - ATTIVITÀ E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l. -
CALL CENTER: 010 / 544371 - 010/5443851
FAX: 010 / 5959498

**MODULO DENUNCIA POLIZZA TUTELA GIUDIZIARIA
CONVENZIONE F.C.I./SPORTASS 2006**

**Pena la decadenza del diritto alla garanzia assicurativa, inviare il presente Modulo all'Assicuratore
entro 30 (trenta) giorni dalla data della notifica di atti giudiziari**

ASSICURATO	
Cognome.....	Professione
Nome.....
Data di nascita	Numero Tessera F.C.I.
Luogo di nascita	Tipologia tessera:
Codice Fiscale	Specialità/Disciplin sportiva
Residente a
CAP..... Comune.....	Rilasciata il
Indirizzo	Società di appartenenza
Tel.

DATI E INFORMAZIONI RELATIVI AL SINISTRO

Data Sinistro.....Luogo.....Provincia.....

Descrizione chiara e circostanziata del fatto e delle cause che lo hanno provocato:

Altri Tesserati F.C.I. coinvolti nel sinistro.....

Testimoni presenti al fatto

Documentazione allegata

Quale Autorità è intervenuta? (Polizia, Carabinieri, etc.)

Eventuali provvedimenti adottati

Tipologia di garanzia prevista per la quale si richiede la prestazione (difesa penale, ricorso amministrativo, etc.)

È stata contestualmente effettuata denuncia di sinistro per Lesioni SI NO

Documentazione allegata

DATI DELL'EVENTUALE AVVERSARIO

Cognome

Nome

Data di nascita

Codice fiscale

Residente a

CAP Comune

Indirizzo

Tel.

Professione

È tesserato F.C.I. ?

Se si, appartenente a quale Società?

Incorrono rapporti di parentela con l'Assicurato?

Quali?

Vostre richieste nei confronti dell'Avversario

DATI DEL LEGALE SCELTO

Legale prescelto

Cognome.....Nome.....

Indirizzo.....

CAP.....Comune.....Prov.....

Tel.....Telefax.....

Cod. fisc.....

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ F.C.I. DI APPARTENENZA

Nome della Società

Presidente

Luogo e data

**Timbro e Firma
del Presidente della Società**

Firma dell'Assicurato
