



FEDERAZIONE CICLISTICA ITALIANA

---

## SEGRETERIA GENERALE

COMUNICATO N. 6 del 24 MARZO 2011

### NUOVI MODULI DENUNCE ASSICURATIVE CONVENZIONE MULTIRISCHI FCI – INA/ASSITALIA

Si comunica che sul sito Federale, nella sezione dedicata alle assicurazioni <http://www.federciclismo.it/assicurazione/assicurazione.asp> , sono scaricabili i nuovi moduli di denuncia per infortuni ed RCT – Convenzione multirischi FCI – INA/Assitalia.

Gli uffici del centro sinistri del broker Assiteca S.p.A sono stati trasferiti da Genova a Roma. A partire dalla data odierna, tutti i sinistri denunciati dai tesserati e dalle società affiliate, dovranno essere inoltrati entro 15 giorni dall'accadimento, ad **Assiteca S.p.A. – Ufficio sinistri FCI – Via Emilio de' Cavalieri, 11 – 00198 Roma.**

Per ricevere informazioni in merito allo stato di tutte le pratiche assicurate con la compagnia INA/Assitalia a partire dal 2008, sarà possibile contattare gli uffici del broker ai seguenti recapiti: tel. 06/4590.033 – fax 06/4590.034 – email [info.federciclismo@assiteca.it](mailto:info.federciclismo@assiteca.it) .

  
IL SEGRETARIO GENERALE  
Maria Cristina Gabriotti



Federazione Sportiva Nazionale  
riconosciuta dal Coni

**NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO**  
**SU**  
**POLIZZA MULTIRISCHI – INA /ASSITALIA**

**NORME DA SEGUIRE IN CASO DI LESIONE**

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 :

**ASSITECA S.P.A.**  
**UFFICIO SINISTRI DEDICATO F.C.I.**  
**VIA EMILIO DE' CAVALIERI, 11 – 00198 ROMA**  
**TEL.: 06/45490033 - FAX: 06/45490034**  
**E-MAIL: INFO.FEDERCICLISMO@ASSITECA.IT**

**DOCUMENTI DA ALLEGARE IN DOPPIA COPIA AL MODULO DI DENUNCIA LESIONE DA INDIRIZZARE ALLA ASSITECA S.P.A. :**

- FOTOCOPIA DELLA TESSERA F.C.I. (O TESSERA GIORNALIERA)
- 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.
- INDICAZIONE DELLE COORDINATE BANCARIE (CODICE IBAN) DELL'INFORTUNATO DA UTILIZZARSI IN CASO DI BUON ESITO DEL SINISTRO

**N.B.:**

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

2) OCCORRE INVIARE LA COPIA CONFORME CARTELLA CLINICA ( PER LE LESIONI IL CUI RIMBORSO E' SUBORDINATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO ) APPENA POSSIBILE

3) ANCHE PER LE SPESE MEDICHE (CON O SENZA RICOVERO) SOSTENUTE DAGLI ATLETI DELLE RAPPRESENTATIVE NAZIONALI E REGIONALI, TECNICI ED ACCOMPAGNATORI DURANTE IL PERIODO DI CONVOCAZIONE FEDERALE OCCORRE COMPILARE IL SEGUENTE MODULO ED INVIARE IN ORIGINALE LA DOCUMENTAZIONE SOPRA DESCRITTA.

**\*\*\* ATTENZIONE \*\*\***

**IN MANCANZA DELLA DOCUMENTAZIONE SOPRA EVIDENZIATA NECESSARIA PER UNA CORRETTA VALUTAZIONE DELLA LESIONE RIPORTATA NON SARÀ POSSIBILE DAR CORSO AL RIMBORSO**

**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

MODULO DENUNCIA LESIONI CONVENZIONE F.C.I. / INA ASSITALIA 2011  
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 \_\_\_\_\_

**MODULO DENUNCIA RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI**  
**CONVENZIONE F.C.I. / INA ASSITALIA 2011 SU POLIZZA N. 100.361813**  
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

**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 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 \_\_\_\_\_