



PROGRAMMA ASSICURATIVO

2018 N° IAH0009498



Cosa Fare in caso di sinistro

Modulo Denuncia Sinistri

Intermediata da



CLAIMS PARTNER





Modalità e istruzioni per la denuncia dei sinistri

Per la denuncia dei sinistri è necessario utilizzare il modulo predisposto dalla Società che va compilato e sottoscritto in ogni parte, e infine trasmesso alla **Janua Broker S.p.A.** a cura della Federazione/Associazione Sportiva, secondo le seguenti modalità:

- a mezzo fax al n° **010/583687**
- a mezzo posta ordinaria a **Janua Broker S.p.A. Via XX Settembre 33/1, 16121 GENOVA – c.a. Ufficio Sinistri**
- a mezzo posta elettronica all'indirizzo e-mail **genova@januabroker.it**

Successivamente, Janua Broker S.p.A. provvederà all'invio della documentazione alla Società incaricata dalla Compagnia di assicurazioni alla gestione dei sinistri:

IGS S.r.l. Via Ligabue, 2 – 04100 Latina (LT), Tel. +39.0773.457901, Fax.: +39.0773.019867

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 in caso di accesso ad una struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso; 3 giorni in tutti gli altri casi;
- Responsabilità Civile: **15 giorni** da quando l'Associazione/Federazione ne è venuta a conoscenza.

• Denuncia sinistro e documentazione da inviare

Comunicazione scritta 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.

Qualora, nel luogo di accadimento del sinistro o entro 50 km dallo stesso, non sia presente una struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso o non sia materialmente possibile l'intervento di un'ambulanza o di altro idoneo mezzo per il trasporto del sinistrato alla struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso più vicina, il certificato potrà essere redatto da altro Medico, sempreché detta certificazione – che non verrà ammessa per nessuna ragione al risarcimento da parte dello stesso contratto assicurativo – venga redatta entro 24 ore dall'accadimento del sinistro denunciato, ed inoltrata via fax o raccomandata alla Società assicuratrice o all'Intermediario, a cui la polizza è assegnata entro il tempo limite di 3 giorni dalla data dell'infortunio.

• 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 inviata al massimo entro **15 giorni** successivi dalla data del rilascio dell'ultimo certificato medico.

Tale documentazione dovrà essere spedita agli indirizzi di Janua Broker S.p.A. sopra riportati.

• 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. In assenza di spese mediche, il modulo potrà essere inviato sia mezzo fax che mezzo email. Solo previa presentazione di detto modulo la Società potrà provvedere alla valutazione del sinistro ed eventualmente alla sua liquidazione.

• Garanzie accessorie

Diaria da ricovero: la diaria da ricovero viene corrisposta, in caso di adesione facoltativa e se previsto dal contratto, previa presentazione della copia integrale della cartella clinica.

Diaria per gessatura: la diaria da gesso in caso, di adesione facoltativa e se previsto dal contratto, viene corrisposta dietro presentazione, del certificato medico di applicazione e rimozione della gessature presso struttura medica ospedaliera di pronto soccorso.

Rimborso spese mediche: il rimborso viene effettuato, entro i limiti del massimale e al netto della franchigia contrattualmente prevista, dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi.

Intermediata da



Agenzia

CLAIMS PARTNER



ASSISTENZA

Modalità per la richiesta di assistenza

In caso di sinistro l'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, deve contattare la **Centrale Operativa FILO DIRETTO** ai seguenti numeri in funzione 24 ore su 24 tutto l'anno:

Numero verde dall'Italia 800.012246

Numero nero dall'estero +39 039.6554.6020

e comunicare:

- le generalità complete, l'indirizzo del suo domicilio e/o residenza ed un recapito telefonico;
- i dati del contraente o il numero di Polizza: **AIG Europe Limited n° IAH0009498 – P.G.S. Polisportive Giovanili Salesiane;**
- la prestazione richiesta.

L'Assicurato si obbliga inoltre:

- a sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla Società e a fornire ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni;
- a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- produrre, su richiesta della Società, copia conforme all'originale della cartella clinica o del certificato medico comprovante il tipo di patologia e/o l'intervento eseguito.

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

(Modulo A) **Compilare tutti i campi in stampatello**

Contraente: P.G.S. - Polisportive Giovanili Salesiane _____

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

Ass.ne Sportiva: _____

via: _____ C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

e-mail _____

Polizza AIG Europe Limited

N. IAH0009498

Certificato n. _____

Si chiede cortesemente di riportare gli indirizzi e-mail, per accelerare l'invio della richiesta di documentazione

Data Sinistro:	Ora:	Luogo:
Sport praticato	Ambito:	<input type="checkbox"/> gara <input type="checkbox"/> allenamento <input type="checkbox"/> manifestazione

DESCRIZIONE CIRCOSTANZIATA DELL'ACCADUTO

QUALIFICA ASSICURATIVA

Atleta **Allenatore/Tecnico** **Dirigente** **Danneggiato** **Altro** (precisare)

Cognome:		Nome:		Data di nascita:	
Via		Città		CAP	Prov.
Nominativi dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà (se minore)		-		Tel.	
-		-		e-mail	
Codice IBAN					
INTESTATARIO CONTO					
BANCA					

Attenzione l'inserimento dei dati bancari non e'vincolante ai fini dell'eventuale liquidazione del danno.

ATTIVITA' SVOLTA AL MOMENTO DEL SINISTRO	<input type="checkbox"/> INDIVIDUALE	<input type="checkbox"/> IN TEAM <small>(Indicare nominativo Allenatore/Tecnico presente)</small>
---	---	---

L'assicurato ha aderito ad una delle combinazioni facoltative (se previste):	Data:	Opzione scelta:
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

- 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;

_____ **Timbro e firma dell'Ass.ne Sportiva**

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

Data _____

_____ **Timbro e firma dell'Ass.ne Sportiva**

Intermediata da



CLAIMS PARTNER





MODULO CONTINUAZIONE E CHIUSURA SINISTRO
(Modulo B) - **Compilare tutti i campi in stampatello**

Contraente: P.G.S. - Polisportive Giovanili Salesiane _____
(È Obbligatorio indicare l'esatta denominazione e sede dell'Associazione)

Ass.ne Sportiva: _____

via: _____ C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

e-mail _____

Polizza AIG Europe Limited	N. IAH0009498	Certificato n.
-----------------------------------	---------------	----------------

Si chiede cortesemente di riportare gli indirizzi e-mail, per accelerare l'invio della richiesta di documentazione

<input type="checkbox"/> CONTINUAZIONE SINISTRO	<input type="checkbox"/> CONTINUAZIONE E CHIUSURA SINISTRO	<input type="checkbox"/> CHIUSURA SINISTRO
--	---	---

ASSICURATO

Cognome:	Nome:	Data di nascita:	
Via	Città	CAP	Prov.
Nominativi dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà <i>(se minore)</i>	-	Tel.	
	-	e-mail	

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

<input type="checkbox"/>	Nr.	Referti medici	<input type="checkbox"/>	Nr.	Relazioni mediche
<input type="checkbox"/>	Nr.	Prescrizioni mediche	<input type="checkbox"/>	Nr.	Originale fattura/ricevuta/notula/parcella
<input type="checkbox"/>	Nr.	Dichiarazione circostanziata modalità accadimento	<input type="checkbox"/>	Nr.	Modulo consenso trattamento dei dati personali generali e sensibili
<input type="checkbox"/>	Nr.	Dichiarazione testimoniale	<input type="checkbox"/>	Nr.	Documentazione radiografica (RX, ecc.)
<input type="checkbox"/>	Nr.	Originale ticket	<input type="checkbox"/>	Nr.	Relazione allenatore/Preposto alla sorveglianza
<input type="checkbox"/>	Nr.	Cartella clinica integrale (copia conforme)			
<input type="checkbox"/>	Nr.	Atro (Specificare)			

🚫 **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**, per indicare per l'eventuale liquidazione le modalità di pagamento desiderate:

<input type="checkbox"/> Bonifico Bancario
IBAN
Intestatario/i Conto Corrente:
Istituto di credito
Agenzia e relativo indirizzo:

<input type="checkbox"/> Assegno Bancario	
Intestato a	
Via	Cap
Città	Prov.
Data e luogo	FIRMA LEGGIBILE DELL'INFORTUNATO (in caso di infortunio a minore, firma l'esercente la potestà)

Intermediata da



CLAIMS PARTNER



AIG Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia si adopera per tutelare la privacy dei clienti, dei reclamanti e di tutti gli altri soggetti con cui si rapporta nel corso delle proprie attività. Per "Informazioni Personali" si intendono le informazioni che identificano e si riferiscono all'interessato o ad altri soggetti (es. i familiari dell'interessato). Qualora l'interessato fornisca informazioni su altri soggetti, conferma contestualmente di essere autorizzato a fornire tali informazioni alla nostra Società per gli usi descritti in appresso.

Tipologia di informazioni raccolte dalla nostra Società e utilizzo possibile delle stesse.

Al fine di fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti, la nostra Società deve disporre di dati personali che la riguardano e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative (1), secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione. Tali dati possono essere raccolti presso di lei o presso altri soggetti (2) e possono essere forniti da lei o da terzi per obblighi di legge (3). Precisiamo che senza i suoi dati non potremmo fornirle, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati. Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi. Il consenso che le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili (4) strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela (5), è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e la nostra Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa" (6). Il consenso che le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti. Sulla base del rapporto esistente tra l'interessato e la nostra Società le Informazioni Personali da noi raccolte potrebbero includere: informazioni a fini identificativi e di comunicazione, su carte di credito e conti correnti, informazioni commerciali e sul merito creditizio, dati sensibili sullo stato di salute o le condizioni mediche dell'interessato e altre Informazioni Personali fornite dallo stesso.

Le Informazioni Personali possono essere utilizzate per le seguenti finalità:

- Gestione del rapporto assicurativo, es. comunicazioni, trattamento dei sinistri e pagamenti;
- Decisioni in materia di fornitura della copertura assicurativa;
- Assistenza e consulenza in materia sanitaria e di viaggio, solo nella misura consentita e in conformità alla legislazione locale;
- Prevenzione, rilevamento e indagine su reati commessi solo nella misura consentita dalla e in conformità alla legislazione locale vigente, es. in materia di frode e riciclaggio di denaro;
- Accertamento e difesa dei diritti legali anche in sede giudiziaria;
- Conformità alle leggi e alle normative, inclusa la conformità alle leggi vigenti in paesi diversi da quello di residenza dell'interessato;
- Marketing, solo ove il soggetto interessato abbia manifestato il proprio consenso espresso;
- Ricerche di mercato e analisi.

Condivisione delle Informazioni Personali - AIG Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia con sede a Milano, Via della Chiesa n. 2 (tel. 02.3690.1, fax 02.3690.222) - privacy.italy@aig.com e il titolare del trattamento (7) dei dati personali. Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia come responsabili del trattamento (8). Per conoscere il nominativo dei responsabili del trattamento può contattarci ai recapiti indicati sopra chiedendo dell'ufficio privacy. Per le suddette finalità le Informazioni Personali potranno essere condivise (10) con altre Società del Gruppo e altri soggetti in veste di responsabili del trattamento dei dati, quali broker e altri incaricati della distribuzione, assicuratori e riassicuratori, agenzie di informazione commerciale, professionisti del settore sanitario e altri fornitori di servizi. Per l'elenco delle Società del Gruppo che possono accedere alle Informazioni Personali si rimanda al sito http://contact.aig.net/ai-contact/intranet/en/files/AIGCompleteListofEntities_tcm1246-333981.pdf.

Per l'elenco di altri responsabili del trattamento dei dati che potrebbero ricevere le Informazioni Personali, si invita a leggere attentamente la nostra Informativa privacy in forma estesa all'indirizzo riportato di seguito o ancora a scrivere all'indirizzo indicato nella sezione "Richieste o domande". Le Informazioni Personali saranno condivise con altri terzi (incluse le pubbliche Autorità) se richiesto ai sensi di legge. Se richiesto dalla legislazione vigente, le informazioni personali potranno essere iscritte in appositi registri dei sinistri condivisi con altri assicuratori. Le Informazioni Personali potranno essere condivise con eventuali acquirenti e trasferite all'atto della vendita della nostra Società o della cessione di rami d'azienda, anche in questo caso la condivisione avverrà nei limiti e con le modalità previste dalla vigente normativa.

I dati sensibili possono essere comunicati solo nei limiti consentiti dalla legge e dalle autorizzazioni dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Trasferimento all'estero.

Le Informazioni Personali potranno essere trasferite all'estero, per le finalità indicate in precedenza, in ottemperanza alle relative leggi e normative, a soggetti siti in paesi anche non appartenenti all'Unione Europea, ivi compresi gli Stati Uniti e altri paesi in cui vige una legislazione diversa in materia di tutela dei dati personali rispetto a quella applicabile nel luogo di residenza dell'interessato.

Sicurezza e conservazione delle Informazioni Personali.

Per la tutela delle Informazioni Personali sono state adottate misure legali e di sicurezza idonee. I nostri fornitori di servizi sono attentamente selezionati e viene loro richiesto di adottare misure di tutela adeguate. Le Informazioni Personali saranno conservate per tutto il periodo necessario all'adempimento delle finalità descritte in precedenza.

Richieste o domande.

L'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 conferisce all'interessato specifici diritti (9) tra cui quelli di ottenere dal titolare del trattamento:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- l'indicazione a) dell'origine dei dati personali, b) delle finalità e modalità del trattamento, c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante nominato ai sensi dell'art. 5, comma 2, del decreto stesso, e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono venire comunicati o che possano venire a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

L'interessato, inoltre, ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

Infine, ai sensi dell'art. 7, comma 4, del Decreto, l'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: 1) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; 2) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Ulteriori chiarimenti sull'uso delle Informazioni Personali sono riportati nell'informativa privacy consultabile all'indirizzo http://www.aig.co.it/it-privacy-policy_762_187203.html o di cui può essere richiesta copia contattando il titolare indicato nella presente informativa.

Data..... Sottoscrizione dell'Assicurato.....

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati comuni e sensibili

Il Sottoscritto, dopo aver esaminato attentamente l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 ed aver preso visione dei diritti attribuiti dall'art. 7 del Decreto Legislativo stesso, in relazione ai propri dati personali comuni e sensibili esprime il consenso

- al trattamento dei dati personali da parte della Società ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati al punto (6) ed al par. 3 (Condivisione delle Informazioni Personali) dell'Informativa, al trasferimento verso i Paesi indicati al par. 4 (Trasferimento all'estero) dell'Informativa, in relazione alle finalità come individuate nell'Informativa stessa.

Data e Luogo:.....L'Assicurato:.....

- al trattamento dei dati personali da parte della Società ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati al punto (6) ed al par. 3 (Condivisione delle Informazioni Personali) dell'Informativa, in relazione alle finalità di cui al par. 2 (Tipologia di informazioni raccolte dalla nostra Società e utilizzo possibile delle stesse), lettere c) e g) dell'Informativa stessa.

Data e Luogo:.....L'Assicurato:.....

