

**Allegato C****NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO  
POLIZZA INFORTUNI TESSERATI SGS/FIGC**

In caso di sinistro, l'Assicurato o chi ne fa le veci o i suoi aventi diritto devono:

1. Contattare il **Numero Verde 800 024640** – attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 08:30 alle ore 19:00 e il sabato dalle 08:30 alle 13:30 – e richiedere l'assegnazione **del numero di sinistro, che dovrà essere riportato sul Modulo di denuncia sinistro** (fac simile in allegato; l'originale da compilare verrà inviato da UnipolSai); l'Assicurato dovrà fornire agli operatori le proprie generalità (nome, cognome, data di nascita, n. matricola tessera SGS/FIGC, C.F.) e i propri recapiti (indirizzo postale, n° di fax e/o indirizzo e-mail).
2. Trasmettere il Modulo di denuncia sinistro debitamente compilato in tutte le sue parti e sottoscritto; **il Modulo di denuncia deve essere trasmesso solo dopo avere ricevuto da UnipolSai la lettera di conferma apertura sinistro, entro 60 giorni dal suddetto ricevimento, tramite fax al numero di seguito indicato**; nel caso di infortunio mortale la denuncia deve essere preceduta da un telegramma da spedire entro 15 gg. dalla data dell'evento;
3. Corredare la denuncia di certificato medico,
4. Documentare, fornendo ulteriori certificati medici, il decorso delle lesioni ed il certificato di guarigione;
5. Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;

Si riepiloga la documentazione che l'Assicurato o chi ne fa le veci o i suoi aventi diritto devono inviare tramite fax a UnipolSai:

- Foglio con codice a barre ricevuto da UnipolSai (che deve precedere in ordine di trasmissione tutta la documentazione da inviare);
- Modulo di denuncia sinistro debitamente compilato e sottoscritto anche dalla Società Sportiva di appartenenza;
- Consenso al trattamento dei dati personali (artt.23 e 43 D. Lgs. n. 196/2003), come da stampato inviato da UnipolSai;
- Documentazione medica relativa all'infortunio (es. certificato pronto soccorso, certificato di guarigione ecc);
- Indicazione delle coordinate bancarie (Codice IBAN) dell'Assicurato o se minore degli esercenti la potestà.

**IL MODULO DI DENUNCIA E LA DOCUMENTAZIONE DEVONO ESSERE INVIATI SOLO DOPO AVERE RICEVUTO DALLA COMPAGNIA LA LETTERA DI CONFERMA APERTURA SINISTRO ED A GUARIGIONE AVVENUTA.**

**NUMERO DI FAX PER LA TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE:**

**0517096608**

**Per tutte le garanzie si precisa quanto segue:**

1. Il diritto all'eventuale indennizzo spetta esclusivamente all'assicurato/infortunato tesserato SGS/FIGC o ai suoi aventi diritto.
2. **Qualora l'assicurato o chi per lui decidesse di ricorrere al patrocinio di un legale le relative spese restano a carico del ricorrente.**

Ogni successiva comunicazione o richiesta integrativa di documentazione da parte del Servizio di liquidazione danni di UnipolSai verrà comunicata all'Assicurato all'indirizzo postale, al numero di fax oppure all'indirizzo e-mail, forniti al momento dell'apertura del sinistro.

Le informazioni sullo stato del sinistro verranno trasmesse all'Assicurato dal Servizio di liquidazione danni di UnipolSai unicamente dopo il ricevimento del certificato di guarigione.

**La polizza infortuni non prevede il rimborso delle eventuali spese di patrocinio e/o legali**



MODULO DENUNCIA INFORTUNIO

Polizza Infortuni Tesserati SGS/FIGC

(DA COMPILARSI IN OGNI SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

Polizza n. 107395041 Copertura obbligatoria "Base"

Polizza n. 107395055 Copertura facoltativa "Plus"

N. SINISTRO \_\_\_\_\_ (Per il n. sinistro contattare il numero verde 800 024640)

DATI DELL'INFORTUNATO/A

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
Paternità e maternità (obbligatoria per infortunio a minore) \_\_\_\_\_
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_
Cod.Fisc. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
Fax (solo di Ab. o Uff.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
E-mail \_\_\_\_\_ N° TESSERA \_\_\_\_\_ SGS/FIGC \_\_\_\_\_ dell'Infortunato/a

TIPO TESSERA (barrare la polizza acquistata): [ ] obbligatoria "BASE" [ ] facoltativa "PLUS"

TIPO TESSERATO SGS/FIGC (barrare la categoria di appartenenza):

- [ ] Giovanissimi, Allievi [ ] Pulcini, Esordienti [ ] Piccoli Amici
[ ] Dirigenti società sportive affiliate al SGS [ ] Allenatori, Massaggiatori, Tecnici

Coordinate bancarie per la liquidazione del sinistro:

Banca \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_ c/c intestato a \_\_\_\_\_

Table with columns: CODICE IBAN, PAESE, C.D., CIN, ABI, CAB, N. CONTO

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA

Società \_\_\_\_\_ Matricola numero \_\_\_\_\_
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_
Tel/Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
Data \_\_\_\_\_ Timbro \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

ESTREMI INFORTUNIO

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Gara/Allenamento/Trasferimento \_\_\_\_\_
Luogo \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Descrizione chiara e circostanziata delle cause che lo hanno provocato \_\_\_\_\_

Testimoni (nome, cognome, indirizzo e telefono) \_\_\_\_\_

Infortuni precedenti: si [ ] no [ ] In data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quali lesioni aveva riportato? \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Infortunato/a o di chi ne fa le veci o dell'avente causa \_\_\_\_\_

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.996.129.451,62 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

