

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI LESIONE

IN CASO DI LESIONE PREVISTA DALLE TABELLE DI POLIZZA E CONVENZIONE U.I.S.P. COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO RACCOMANDATA POSTALE CON RICEVUTA DI RITORNO ENTRO 20 GIORNI DALL'ACCADUTO A:

- **CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI-CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.**
CENTRO SERVIZI INTER PARTNER ASSISTENZA SERVIZI S.p.A.
VIA ANTONIO BALANDRA, 18 - 00187 ROMA

E PER CONOSCENZA A:

- **U.I.S.P. NAZIONALE**
LARGO NINO FRANCHELLUCCI, 73
00155 ROMA - RM
- **U.I.S.P. TERRITORIALE COMPETENTE**

ALLEGARE IN COPIA AL MODULO DI DENUNCIA LESIONE:

- FOTOCOPIA DELLA TESSERA NAZIONALE U.I.S.P.
- CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI DEBITAMENTE SOTTOSCRITTO
- FOTOCOPIA DEL PRIMO CERTIFICATO MEDICO DA CUI DOVRA' RISULTARE INEQUIVOCABILMENTE LA DIAGNOSI, LA PROGNOSE E L'EVENTUALE CONFEZIONAMENTO DI APPARECCHI ORTOPEDICI IMMOBILIZZANTI
- ACCERTAMENTO RADIOLOGICO E RELATIVO REFERTO DA CUI DOVRA' RISULTARE L'IDENTITA', LA DATA DI EFFETTUAZIONE DELL'INDAGINE E IL TIPO DI LESIONE PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO (LA PROVA RADIOLOGICA E' RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LE LESIONI IL CUI INDENNIZZO E' LEGATO ALL'EVIDENZA RADIOLOGICA PREVISTA IN TABELLA)
- COPIA CONFORME CARTELLA CLINICA (PER LE LESIONI IL CUI RIMBORSO E' SUBORDINATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO)

****ATTENZIONE****

IN MANGANZA DELLA DOCUMENTAZIONE SOPRA EVIDENZIATA NECESSARIA AD UNA CORRETTA VALUTAZIONE DELLA LESIONE RIPORTATA NON SARA' POSSIBILE DAR CORSO ALLA VOSTRA PRATICA

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

- MODULO DI DENUNCIA DEBITAMENTE COMPILATO
- FOTOCOPIA DELLA TESSERA NAZIONALE U.I.S.P.
- CERTIFICATO DI MORTE (IN ORIGINALE)
- STATO DI FAMIGLIA (IN ORIGINALE)
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA' AI FINI SUCCESSORI
- CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA IN CASO DI DECESSO DOVUTO AGLI EVENTI GRAVI PREVISTI DALLA CONVENZIONE
- VERBALI AUTORITA' 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

LA PRATICA PUO' ESSERE SEGUITA TELEFONANDO AL NUMERO VERDE 800914958, O VISITANDO IL SITO INTERNET www.uisp.it CLICCANDO SUL BOTTONE "SERVIZI AI SOCI"

MODULO DENUNCIA LESIONI CONVENZIONE U.I.S.P.
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

N. SINISTRO _____ DOSSIER _____

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME: _____ NOME: _____

PATERNITÀ (OBBLIGATORIA IN CASO DI MINORE): _____

INDIRIZZO: _____ N.: _____

COMUNE: _____ PR.: _____ C.A.P.: _____

COD. FISC.: _____ TEL.: _____ CELL.: _____

NATO A: _____ IL: _____

DISCIPLINA SPORTIVA: _____

TIPO TESSERA: BASE (ATLETA GIOVANE SOCIO NON PRATICANTE) DIRIGENTE

INTEGRATIVA: INTEGRATIVA B1 CICLISTI B2 B3

SOCIETÀ: _____ DATA RILASCIO TESSERA: _____

PROFESSIONE _____

ESTREMI LESIONE

DATA LESIONE: _____ GARA/ALLENAMENTO: _____

LUOGO: _____ PROVINCIA: _____

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

TESTIMONI: _____

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

QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO? _____

N. TESSERA U.I.S.P.: _____ FIRMA: _____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA

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

COMUNE: _____ INDIRIZZO: _____

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

TIMBRO _____ FIRMA _____

PRIMA DI SPEDIRE IL PRESENTE MODULO PER RACCOMANDATA R.R. A: CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI-CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.
CENTRO SERVIZI INTER PARTNER ASSISTENZA SERVIZI S.p.A. - VIA ANTONIO SALANDRA, 18 - 00187 ROMA CONTATTARE IL NUMERO VERDE
800914858 PER FARSI COMUNICARE IL NUMERO DI SINISTRO E IL DOSSIER CHE DOVRA' ESSERE RIPORTATO NEL PRESENTE MODULO.

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.

CENTRO SERVIZI INTER PARTNER
ASSISTENZA SERVIZI S.p.a.
Via A. Selandra, 18 - 00187 ROMA

DA RESTITUIRE DEBITAMENTE SOTTOSCRITTO

INFORMATIVA UISP

ai sensi dell'art. 10, Legge 31.12.96 n. 675

(Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali)

Egregio Signore / Gent. ma Signora,
Spettabile Società,
informiamo che:

- 1) - i Suoi / Vostri dati personali sono necessari al fine di consentire a Carige Assicurazioni S.p.a. di perseguire il proprio oggetto sociale attinente, in ogni caso, la prestazione di servizi di assistenza in campo tecnico, organizzativo e finanziario; la raccolta la registrazione e l'elaborazione di dati contabili; l'assistenza e la gestione di sinistri per conto di assicurati e/o compagnie di assicurazione e delle altre attività a queste ultime connesse ai sensi delle vigenti norme di legge; il trattamento dei Suoi dati potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- 2) - Il conferimento dei Suoi/Vostri dati personali, salvo che non venga reso obbligatorio da successive norme di legge, è facoltativo;
- 3) - Il mancato assenso al trattamento dei dati personali a Lei/Voi richiesti, potrebbe comportare l'impossibilità di rendere a Suo/Vostro favore, in tutto od in parte, i servizi di cui al punto 1) che precede;
- 4) - In rapporto al servizio che Lei/Lei sarà reso potrà esserLe/Vi richiesta anche la comunicazione dei dati "sensibili" di cui all'art. 22, Legge 675 del 1996; per il trattamento di tali dati la legge richiede una specifica approvazione, che troverà nella dichiarazione di consenso in calce alla presente informativa;
- 5) - I Suoi/Vostri dati verranno trasmessi agli organi interni di Carige Assicurazioni S.p.A.; a istituti bancari con i quali Carige Assicurazioni S.p.A. dovesse stipulare convenzioni volte ad agevolare l'esecuzione dei servizi di cui al punto 1), a tali fini potranno essere trasmessi solo ed esclusivamente i dati personali strettamente necessari agli Istituti bancari al fine di poter eseguire gli adempimenti previsti, con espressa esclusione dei dati sensibili; a soggetti terzi operanti nel settore assicurativo quali: assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione; a canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad es. banche e Sim); a legali, periti, autofficine, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri nonché società che offrano servizi informatici di archiviazione di dati, organismi associativi (ANIA) o/o consorzi propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato, Consap, UCI, Commissioni di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati sia obbligatoria (ad es. Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni Motorizzazione Civile e del Trasporti in concessione), Commissioni di Garanzia dell'assicurato. In generale, come dato a fini statistici, anche disaggregato, ma in ogni caso anonimo, a soggetti terzi i quali svolgano attività attinenti al marketing ovvero alle indagini di mercato;

6) - in relazione al trattamento dei dati personali Lei/Voi ha/avete diritto: (a) di conoscere, mediante accesso gratuito al registro generale dei trattamenti tenuto dal Garante, l'esistenza di trattamenti di dati che La/VI possono riguardare; (b) di essere edotto su nome, denominazione o ragione sociale e domicilio, residenza o sede del titolare, finalità e modalità del trattamento, nome, denominazione o ragione sociale e domicilio, residenza o sede del responsabile, se nominato; (c) di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo: la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La/VI riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intellegibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; 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; l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati; l'attestazione che le operazioni di cancellazione e/o trasformazione, di agglomeramento e/o rettificazione e/o integrazione dei dati sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccetto il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La /Vi riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta; di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento di dati personali che La/VI riguardano, previsto ai fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale interattiva e di essere informati dal titolare, non oltre il momento in cui i dati sono comunicati o diffusi, della possibilità di esercitare gratuitamente tale diritto;

7) - titolare del trattamento è CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. in persona del Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in Via A. Salandra, 18 - 00187 ROMA;

8) - responsabile del trattamento è CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. in persona del Legale Rappresentante pro-tempore, domiciliato per la carica presso la sede di quest'ultima.

.....
Io sottoscritto....., preso atto dell'informativa di cui sopra, consento ai sensi e nei limiti della legge 31.12.1996 n. 675 e dell'informativa che precede, alla Carige Assicurazioni S.p.A. il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei dati personali.

....., il

.....
Io sottoscritto....., preso atto dell'informativa di cui sopra, consento ai sensi e nei limiti della legge 31.12.1996 n. 675 e dell'informativa che precede, alla Carige Assicurazioni S.p.A. il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei dati personali sensibili.

....., il