



Modulistica sinistri

Modalità e istruzioni per la denuncia dei Sinistri

Per la denuncia dei sinistri è necessario utilizzare il modulo di seguito riportato, compilarlo **in stampatello**, sottoscriverlo in tutte le sue parti e, infine, inviarlo all'indirizzo e-mail ag_267.01@agentivittoria.it e per conoscenza all'indirizzo sinistri@fenalc.it, indicando un recapito telefonico per essere ricontattati.

TABELLA INFORMATIVA – INFORTUNI E RESPONSABILITÀ CIVILE

Tempistiche e Modalità di denuncia del sinistro

La denuncia dei sinistri da parte dell'assicurato o dell'Associazione affiliata FENALC/Federazione Contraente deve avvenire:

- Per la responsabilità civile

In caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Direzione della Vittoria Assicurazioni S.p.A., entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

- Per gli Infortuni

La denuncia dell'infortunio, con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico in originale, deve essere fatta alla Direzione dell'Impresa o all'Agenzia cui è assegnata la polizza entro 5 giorni dall'infortunio, direttamente dall'Assicurato o dal Contraente o, se l'evento è ignorato dal Contraente, quando l'Assicurato o gli aventi diritto ne hanno avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente l'Impresa sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso all'Impresa mediante telegramma o lettera raccomandata.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla visita di medici dell'Impresa ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

La denuncia dovrà pervenire sull'indirizzo pec: ag_267.01@pec.agentivittoria.it o mail ag_267.01@agentivittoria.it

Alternativamente a mezzo raccomandata all'indirizzo

GIANLORENZI ASSICURAZIONI SRL

Via Lino Liuti 2

61122 Pesaro (PU)

Tel: 0721 – 405695

Fax: 0721 – 404467



DENUNCIA SINISTRO INFORTUNI

*Compilare tutti i campi in stampatello

CONTRAENTE: Fe.Na.L.C.

(È Obbligatorio indicare l'esatta denominazione e sede dell'Associazione/Circolo/Centro)

Ass.ne Sportiva/Circolo/APS Fe.Na.L.C. _____

Via: _____ CAP. _____ Città _____ Prov. _____

E-mail _____

POLIZZA INFORTUNI 267.025.0000908937
VITTORIA ASSICURAZIONI SPA

LUOGO DEL SINISTRO: _____ DATA: _____ ORA: _____

CONTESTO:

- Manifestazione • Allenamento • Gara • Sede Sociale

SPORT PRATICATO: _____

DESCRIZIONE ACCURATA DI COME SI È SVOLTO IL SINISTRO: _____

ASSICURATO:

Dati obbligatori

NOME: _____

COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____

RESIDENZA: _____ CAP: _____ PROV: _____

RECAPITO TELEFONICO: _____ E-MAIL: _____

QUALIFICA: • Atleta • Dirigente • Danneggiato • Allenatore/Tecnico Altro: _____

Se l'assicurato è minore, indicare i nominativi dei genitori o di chi esercita la patria potestà:

Al momento del sinistro, l'attività era svolta: • In Squadra • Individuale • In sede sociale

CERTIFICAZIONE DA ALLEGARE :

1. Certificato medico rilasciato dal Pronto Soccorso entro le 24 ore dall'evento;

Dati opzionali

CODICE IBAN: _____

BANCA: _____

INTESTATARIO CONTO CORRENTE: _____

Timbro e Firma dell'Associazione Sportiva/APS Fenale

Firma dell'infortunato (leggibile)

Nel caso di minore, l'esercente la patria potestà

Data _____



**MODULO DI
CONTINUAZIONE SINISTRO INFORTUNI**
POLIZZA INFORTUNI 267.025.0000908937
VITTORIA ASSICURAZIONI SPA

CONTRAENTE: Fe.Na.L.C.

Ass.ne Sportiva/Circolo/ APS Fe.Na.L.C _____

Via: _____ CAP. _____ Città _____ Prov. _____

E-mail _____

ASSICURATO:

NOME: _____

COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____

RESIDENZA: _____ **CAP:** _____ **PROV:** _____

RECAPITO TELEFONICO: _____ **E-MAIL:** _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:**

- EVENTUALE DICHIARAZIONE TESTIMONIALE
- RELAZIONE DELL'ALLENATORE/ PREPOSTO ALLA SORVEGLIANZA
- RELAZIONE MEDICA
- REFERTI MEDICI
- PRESCRIZIONI MEDICHE
- DOCUMENTAZIONE RADIOGRAFICA
- CARTELLA CLINICA INTEGRALE
- FATTURE/RICEVUTE
- ORIGINALI TICKET
-

ALTRO _____

**** Non sono rimborsabili i certificati medici ad uso assicurativo e la documentazione deve essere prodotta esclusivamente in originale.**

CHIUSURA SINISTRO
DATI OBBLIGATORI PER LA LIQUIDAZIONE.

• **OPZIONE BONIFICO BANCARIO**

CODICE IBAN: _____

INTESTATARIO CONTO CORRENTE: _____

BANCA: _____

INDIRIZZO BANCA: _____

• **OPZIONE ASSEGNO BANCARIO**

INTESTATARIO ASSEGNO: _____

Via _____ Cap _____ Città _____ Pr _____

Data _____

Firma dell'infortunato (leggibile)
Nel caso di minore, l'esercente la patria potestà



DENUNCIA SINISTRO R.C.T.

*Compilare tutti i campi in stampatello

CONTRAENTE: Fe.Na.L.C.

(È Obbligatorio indicare l'esatta denominazione e sede dell'Associazione/Circolo/Centro)

Ass.ne Sportiva/Circolo/ APS Fe.Na.L.C _____

Via: _____ CAP. _____ Città _____ Prov. _____

E-mail _____

**POLIZZA R.C.T. 267.014.0000908927
VITTORIA ASSICURAZIONI SPA**

LUOGO DEL SINISTRO: _____ DATA: _____ ORA: _____

CONTESTO:

- Manifestazione • Allenamento • Gara • Sede Sociale

SPORT PRATICATO: _____

DESCRIZIONE ACCURATA DI COME SI È SVOLTO IL SINISTRO: _____

ASSICURATO:

Dati obbligatori

NOME: _____

COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____

RESIDENZA: _____ CAP: _____ PROV: _____

RECAPITO TELEFONICO: _____ E-MAIL: _____

QUALIFICA: • Atleta • Dirigente • Danneggiato • Allenatore/Tecnico Altro: _____

Se l'assicurato è minore, indicare i nominativi dei genitori o di chi esercita la patria potestà:

Al momento del sinistro, l'attività era svolta: • In Squadra • Individuale • Sede Sociale

Dati opzionali

CODICE IBAN: _____

BANCA: _____

INTESTATARIO CONTO CORRENTE: _____

Timbro e Firma dell'Associazione Sportiva/APS Fenale

Data _____

Firma dell'infortunato (leggibile)

Nel caso di minore, l'esercente la patria potestà



**MODULO DI
CONTINUAZIONE SINISTRO R.C.T.**
POLIZZA R.C.T. 267.014.0000908927
VITTORIA ASSICURAZIONI SPA

CONTRAENTE: Fe.Na.L.C.

Ass.ne Sportiva/Circolo/ APS Fe.Na.L.C. _____

Via: _____ CAP. _____ Città _____ Prov. _____

E-mail _____

ASSICURATO:

NOME: _____

COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____

RESIDENZA: _____ **CAP:** _____ **PROV:** _____

RECAPITO TELEFONICO: _____ **E-MAIL:** _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:**

- EVENTUALE DICHIARAZIONE TESTIMONIALE
- RELAZIONE DELL'ALLENATORE/ PREPOSTO ALLA SORVEGLIANZA
- RELAZIONE MEDICA
- REFERTI MEDICI
- PRESCRIZIONI MEDICHE
- DOCUMENTAZIONE RADIOGRAFICA
- CARTELLA CLINICA INTEGRALE
- FATTURE/RICEVUTE
- ORIGINALI TICKET
-

ALTRO _____

**** Non sono rimborsabili i certificati medici ad uso assicurativo e la documentazione deve essere prodotta esclusivamente in originale.**

CHIUSURA SINISTRO
DATI OBBLIGATORI PER LA LIQUIDAZIONE.

• **OPZIONE BONIFICO BANCARIO**

CODICE IBAN: _____

INTESTATARIO CONTO CORRENTE: _____

BANCA: _____

INDIRIZZO BANCA: _____

• **OPZIONE ASSEGNO BANCARIO**

INTESTATARIO ASSEGNO: _____

Via _____ Cap _____ Città _____ Pr _____

Data _____

Firma dell'infortunato (leggibile)

Nel caso di minore, l'esercente la patria potestà