

Modulo Denuncia Lesione – Pol. 950N5644

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO/A A: _____ PROVINCIA _____ IL: _____/_____/_____

INDIRIZZO VIA: _____ N. _____

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____

CODICE FISCALE: | | | | | | | | | | | | | | | TELEFONO: _____

CELLULARE: _____ **E-MAIL PER COMUNICAZIONI:** _____
(Genitore o Assicurato Maggiorennne)

N° TESSERA UISP _____ DISCIPLINA SPORTIVA _____

TIPO TESSERA: ☐A ☐G ☐S ☐D ☐DIRC ☐DIRM EMESSA IL: / /TIPO INTEGRATIVA (eventuale) : ☐B1 ☐B3 ☐D3 ☐C ☐M ☐M-BASE ☐ODV ☐C-PLUS ☐DIRC-PLUS EMESSA IL: / /**DATI ANAGRAFICI DEI DUE GENITORI (OBBLIGATORIO IN CASO DI MINORE)**

Nome Cognome _____ CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome Cognome _____ CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | |

DATI BANCARI (PER EVENTUALE LIQUIDAZIONE)

Coordinate bancarie IBAN (27 cifre) |

Intestatario c/c bancario: _____ Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTREMI DELLA LESIONE

DATA ____/____/____ ORA ____:____ *Barrare una delle seguenti scelte. In caso di gara o manifestazione, riportare il nome dell'evento.*

GARA ☐ _____ MANIFESTAZIONE ☐ _____ ALLENAMENTO ☐ TRASFERIMENTO ☐

LUOGO	PROVINCIA	TESTIMONI PRESENTI AL FATTO
-------	-----------	-----------------------------

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO

☐ MORTE ☐ LESIONE SE LESIONE, PARTE DEL CORPO INTERESSATA

TIPO LESIONE ☐CONTUSIONE ☐DISTORSIONE ☐FRATTURA ☐ROTTURA ☐LUSSAZIONE ☐PERDITA ☐AMPUTAZIONE ☐USTIONE

ALTRO : _____

INFORTUNI PRECEDENTI (SI/NO) _____ IN DATA _____ QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO _____

DATA _____ FIRMA (**ASSICURATO** o se minorenne di chi ne fa le veci) _____

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSOCIAZIONE/ SOCIETA' SPORTIVA/CIRCOLO

NOME ASSOCIAZIONE/SOCIETA' SPORTIVA _____ AFFILIAZIONE N° _____ DEL: _____

INDIRIZZO	N.	COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
-----------	----	--------	-----------	--------

COMITATO TERRITORIALE DI _____ CODICE SOCIETA' | | | | | (riportato sulla tessera Uisp - 4 cifre)

TEL/FAX _____ E-MAIL: _____

DATA	FIRMA
------	-------

Spedire via fax **0248538368** o via e-mail: **info.uisp@marsh.com** o via raccomandata R.R. : **CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI UISP – MARSH SpA Casella Postale 11028 UDR MI ISOLA – 20159 MILANO** il presente modulo allegando [copia della Tessera UISP](#), certificato di primo soccorso e [modulo privacy firmato](#). Sulla base di quanto espresso nell'informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 sotto allegata, apponendo la Sua firma in calce, Lei esprime il consenso al trattamento dei dati – eventualmente anche sensibili – effettuato da: ZURICH INSURANCE, le strutture deputate alla gestione dei sinistri ed infine Marsh S.p.A, in qualità di Broker esclusivo incaricato dalla UISP.

Luogo e data

Nome e cognome dell'//gli interessato/i (Assicurato o genitore)

Firma (assicurato o genitore)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 196/2003

Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento da parte di Marsh e altre società del Gruppo Marsh & McLennan Companies (il "Gruppo Marsh") dei dati personali da Lei comunicatici (ovvero comunicatici dalla Società alla quale Lei appartiene o all'Associazione o Cassa alla quale Lei aderisce) ai fini dell'estensione in Suo favore della polizza (**polizza infortuni responsabilità civile terzi a favore dei tesserati della Uisp**) in oggetto con la Compagnia di Assicurazione, nonché di quelli che saranno raccolti nel corso del nostro rapporto, in relazione alle denunce di sinistro e/o alle richieste di indennizzo da Lei eventualmente avanzate per il nostro tramite alla medesima Compagnia di Assicurazione.

In particolare Marsh Risk Consulting Services Srl ("MRC"), parte del Gruppo Marsh & McLennan Companies, in qualità di Titolare autonomo, curerà i servizi di apertura e gestione dei sinistri e, in tale ambito, i Suoi dati potranno essere registrati in banche dati del Gruppo Marsh ubicate anche al di fuori dell'Unione Europea (i.e. negli USA).

Natura dei dati raccolti, Finalità e Modalità del trattamento

I dati personali, ivi inclusi i dati sensibili già in nostro possesso e quelli che di volta in volta Le richiederemo o che Lei ci conferirà sono per lo più indispensabili per l'estensione in Suo favore della polizza e per la gestione da parte nostra del Suo rapporto con la Compagnia di Assicurazione. Un eventuale rifiuto da parte Sua di comunicarci tali dati personali potrà comportare, a seconda dei casi, l'impossibilità di eseguire l'incarico affidato, stipulare la polizza, gestire i sinistri e dare corso alle Sue richieste di indennizzo. Il trattamento di tutti i dati che La riguardano viene effettuato esclusivamente da soggetti incaricati ex art. 30 del D. lgs. 196/03, mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali i dati sono stati raccolti e sotto la supervisione del competente Responsabile del trattamento. I Suoi dati potranno (i) essere comunicati, alle suddette finalità, a Compagnie di Assicurazione, agenti, coassicuratori e riassicuratori, e agli altri soggetti rientranti nella catena assicurativa; inoltre, potrebbero essere trasmessi per finalità amministrativo-contabili a eventuali co-brokers, partner in RTI, soggetti esterni appositamente incaricati per la fornitura dei relativi servizi ovvero a consulenti in materia legale, contabile e fiscale; (ii) essere trattati dal Gruppo Marsh per analisi di mercato e altre finalità statistiche; (iii) registrati in banche dati del Gruppo Marsh ubicate anche al di fuori dell'Unione Europea (i.e. negli USA).

Titolare e Responsabili del Trattamento

Titolare del trattamento è Marsh S.p.A con sede in Viale Bodio 33 20158 MILANO. Potrete ottenere l'elenco dei Responsabili indirizzando richiesta scritta al Titolare all'attenzione dell'Ufficio Legal & Compliance, citando il riferimento "PRIVACY" ovvero scrivendo alla seguente casella di posta: info.uisp@marsh.com

Diritti dell'interessato

Al sopraindicato Titolare Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti riconosciuti in Suo favore dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/03 e, in particolare (i) ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati che La riguardano; (ii) conoscere origine, finalità e modalità del trattamenti dei dati (iii) chiederne l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione (iv) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento; (v) opporsi al trattamento finalizzato a scopi di marketing.

La preghiamo di prestare il Suo consenso al trattamento sopra descritto, sottoscrivendo la presente informativa nello spazio sottostante.

Io sottoscritto

(nome e cognome dell'assicurato)

letta l'Informativa sovrastante, autorizzo Marsh S.p.A. a trattare i miei dati personali sensibili, per le finalità e secondo le modalità descritte nell'Informativa.

Milano, lì

(firma)

Attenzione! In caso di assicurato minorenne il presente modulo deve essere firmato da un genitore (o eventuale tutore).

Promemoria per il tesserato UISP Norme da seguire in caso di infortunio

La denuncia di sinistro deve essere effettuata dall'Assicurato o da chi ne fa le veci o eventuali aventi causa tramite:

- **Denuncia su portale online** – www.marshaffinity.it/uisp per la gestione online del sinistro (seguono istruzioni)
- **o** via fax al numero 0248538368 **o** via e-mail all'indirizzo: **info.uisp@marsh.com**
- **o** tramite lettera raccomandata A/R a : CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI UISP –
MARSH SpA Casella Postale 11028 UDR MI ISOLA – 20159 MILANO

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI INFORTUNIO :

(entro 30 giorni dal fatto o dal momento in cui l'assicurato ne abbia avuto la possibilità)

1. Modulo di Denuncia Sinistro debitamente compilato e firmato (o denuncia effettuata tramite portale online)
2. Fotocopia chiara e ben visibile della tessera UISP . **(indispensabile per l'apertura del sinistro)**
3. Certificato di pronto soccorso;
4. Fatture, notule, ricevute di spese mediche (in originale) – **Tale documentazione è necessaria solo in caso si sia possessori di tessere integrative B1, B3, D3;**
5. Copia conforme della cartella clinica (ove presente);
6. Certificato Medico di Guarigione;
7. Referti degli esami diagnostici: radiografie, ecografie, analisi, risonanza magnetica, ecc. (non inviare cd/lastre)

Le eventuali successive comunicazioni da parte del centro liquidazione sinistri, verranno inviate via posta o via e-mail all'infortunato.
N.B. L'infortunato/assicurato con Tessera UISP., o chi ne fa le veci o l'avente causa, sono gli unici ad avere diritto all'eventuale liquidazione del sinistro e sono gli unici ad avere l'onere di ottemperare all'obbligo di denuncia del sinistro.

L'EVENTUALE LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO SECONDO QUANTO PREVISTO DALLE GARANZIE DI POLIZZA VERRA' CORRISPONTO DALLA COMPAGNIA ZURICH INSURANCE TRAMITE BONIFICO BANCARIO. LA SCELTA DI TALE METODO DI PAGAMENTO E' STATA FORTEMENTE VOLUTA DA ZURICH INSURANCE PER GARANTIRE LA CORRESPONSIONE DELL'IMPORTO DEFINITO ALL'ASSICURATO IN TOTALE SICUREZZA E VELOCITA'

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO :

(entro 30 giorni dal fatto o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità)

1. Modulo di denuncia sinistro debitamente compilato e firmato (in originale);
2. Fotocopia della tessera UISP;
3. Certificato di Morte (in originale);
4. Stato di famiglia;
5. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori;
6. Certificato di idoneità alla pratica sportiva in caso di decesso dovuto agli eventi gravi previsti dalla polizza infortuni;
7. Verbale delle Autorità intervenute;
8. Cartella Clinica e copia referto autoptico o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso;
9. Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto;
10. Copia del rapporto di gara se l'infortunio è avvenuto durante una competizione;
11. Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto dagli aventi diritto.

ATTENZIONE: la polizza non prevede il rimborso delle spese di patrocinio.

Prescrizione: Nella polizza infortuni, i diritti dell'assicurato nei confronti dell'assicuratore si prescrivono in due anni dalla data del sinistro, la prescrizione può essere interrotta da una raccomandata inviata all'assicuratore nella quale l'assicurato rinnova la propria volontà ad essere risarcito.

"informazioni sulla liquidazione dei sinistri"

Chiamando il **Numero 0248538880** l'infortunato ha accesso diretto all'ufficio Gestione sinistri per:

Informazioni sullo stato del sinistro (in lavorazione, respinto, in attesa documentazioni, ecc..)	Dalle ore 9:15 alle ore 12:30 Dalle ore 14:30 alle ore 17:00 Dalle ore 9:15 alle ore 12:30	Dal lunedì al giovedì Tutti i venerdì esclusi i festivi
Informazioni sulla definizione del sinistro (pagato totale, pagato parziale, fuori garanzia di polizza)	Dalle ore 9:15 alle ore 12:30 Dalle ore 14:30 alle ore 17:00 Dalle ore 9:15 alle ore 12:30	Dal lunedì al giovedì Tutti i venerdì esclusi i festivi

La denuncia, firmata dall'assicurato o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa deve essere controfirmata dal maggiore esponente della società sportiva di appartenenza.

Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l'infortunato (o chi ne fa le veci o i suoi aventi causa) dovranno sempre fornire il numero di sinistro per avere accesso ai dati.

Collegandosi all'indirizzo www.marshaffinity.it/uisp sono disponibili per la consultazione:

- Le garanzie attive per tutti i tesserati;
- Le garanzie integrative e facoltative;
- Come fare per denunciare un sinistro.