



# **PROGRAMMA ASSICURATIVO**

## **POLIZZA N° IAH0009498/2**

### Cosa Fare in caso di sinistro

## **Modulo Denuncia Sinistri**

DISTRIBUITA DA

**LEAD** BROKER &  
CONSULTING  
*We lead your risk*

AGENZIA

 **benacquista**  
assicurazioni

CLAIMS PARTNERS

**IGS**  
CLAIMS MANAGEMENT

## 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 **LEAD Broker & Consulting**, a cura della Federazione/Associazione Sportiva, secondo le seguenti modalità:

x a mezzo posta elettronica all'indirizzo e-mail [sinistri.pgs@leadbroker.it](mailto:sinistri.pgs@leadbroker.it)

Successivamente, LEAD Broker & Consulting 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

#### x **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.

#### x **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.

#### x **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 all'indirizzo e-mail di LEAD Broker & Consulting sopra riportati.

#### x **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.

#### x **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.

## 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 \_\_\_\_\_

<b>Polizza AIG Europe Limited</b>	N. IAH0009498/2	Certificato n.
-----------------------------------	-----------------	----------------

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

<b>Data Sinistro:</b>	<b>Ora:</b>	<b>Luogo:</b>
<b>Sport praticato</b>	<b>Ambito:</b>	gara      allenamento      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
<b>Codice IBAN</b>				
<b>INTESTATARIO CONTO</b>				
<b>BANCA</b>				

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

<b>ATTIVITA' SVOLTA AL MOMENTO DEL SINISTRO</b>	<input type="checkbox"/> INDIVIDUALE	<input type="checkbox"/> IN TEAM <small>(Indicare nominativo Allenatore/Tecnico presente)</small>
<b>L'assicurato ha aderito ad una delle combinazioni facoltative (se previste):</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Data:</b> ____/____/____	
<b>Opzione scelta:</b> _____		

- 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**



**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** \_\_\_\_\_

<b>Polizza AIG Europe Limited</b>	N. IAH0009498/2	Certificato n.	
-----------------------------------	-----------------	----------------	--

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

CONTINUAZIONE SINISTRO	CONTINUAZIONE E CHIUSURA SINISTRO	CHIUSURA SINISTRO
------------------------	-----------------------------------	-------------------

**ASSICURATO**

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

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

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

<b>Bonifico Bancario</b>	
IBAN	
Intestatario/i Conto Corrente:	
Istituto di credito	
Agenzia e relativo indirizzo:	

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



L'INFORTUNIO DEVE ESSERE DENUNCIATO NON OLTRE 30 GIORNI A MEZZO EMAIL E-MAIL: [sinistri.pgs@leadbroker.it](mailto:sinistri.pgs@leadbroker.it)  
PER INFO TELEFONICHE SU SINISTRI GIÀ DENUNCIATI NELL'ANNO 2020 CONTATTARE IL N° **0773.457901**

IL PRESENTE MODULO E' COMPOSTO DI N. 7 PAGINE, PERTANTO, L'INFORMATIVA CHE SEGUE E' PARTE INTEGRANTE DELLO STESSO E DOVRA' ESSERE DEBITAMENTE DATATA E SOTTOSCRITTA A CURA DELL'INFORTUNA/O AL MOMENTO DELLA TRASMISSIONE.

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Art. 13 Regolamento Europeo n. 679/2016 ("GDPR")

Gentile Cliente,

la LEAD BROKER & CONSULTING S.R.L. (di seguito società) con sede legale VIALE GIULIO CESARE 6 INT. 9 - 00192 ROMA (RM), svolge l'attività di intermediario e più precisamente di Broker iscritto alla sez B del RUI. Pertanto su incarico del cliente ricerca i migliori prodotti assicurativi di diverse compagnie, analizzando le esigenze dei clienti e cercando di proporre sempre una soluzione adeguata alle esigenze fornendo una consulenza precontrattuale. Nella sua attività di intermediario e consulente del cliente, riveste pertanto la qualità di "Titolare" del trattamento dei dati personali dei propri clienti. Quindi ai sensi della normativa nazionale applicabile e del Regolamento Privacy Europeo n. 679/2016 ("GDPR") la società intende fornirle informazioni circa il trattamento dei dati personali da lei forniti prima della stipula di un contratto di assicurazioni, integrando anche l'informativa fornita dalle Compagnie Assicurative. In questo documento pertanto, desideriamo darle informazioni inerenti i suoi dati personali raccolti.

### 1. QUALI DATI RACCOGLIAMO

Per conoscere le esigenze assicurative del cliente e fornire l'adeguata consulenza raccogliamo i suoi dati personali (in seguito "dati personali" o anche "dati") necessari ad offrire dei prodotti personalizzati:

- Dati personali identificativi e non particolari come ad esempio: nome, cognome, documento di identità, codice fiscale, indirizzo, email, numero telefonico. Questi dati vengono forniti dal cliente quando vengono richiesti servizi assicurativi.
- Dati inerenti i precedenti contratti assicurativi stipulati
- Dati personali inerenti il nucleo familiare e all'attività lavorativa.
- Dati particolari richiesti per la stipula di polizze vita e malattia o polizze fidejussorie, gestione sinistri.

### 2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO - SU QUALE BASE GIURIDICA RACCOGLIAMO I DATI

I dati forniti ci permettono a comprendere le sue necessità e ci aiutano ad individuare il prodotto e la compagnia adatta alle sue esigenze. Tali dati sono quindi utili e necessarie a fornire un servizio sempre più pensato per il cliente e personalizzato e ci permetteranno in seguito di gestire le future necessità.

Nello specifico i dati personali raccolti sono trattati per le seguenti finalità e basi giuridiche:

- Per l'esecuzione del contratto o l'adempimento di impegni precontrattuali, per la formulazione di proposte adeguate alle esigenze del cliente
- Finalità contrattuali, connesse e strumentali alla gestione del contratto, come eventuali necessità di adeguamenti, gestione sinistri e gestione rinnovi e scadenze
- Finalità connesse ad obblighi normativi, regolamentari, imposti da Autorità a ciò legittimate dalla legge, da Organi di Vigilanza e Controllo
- finalità funzionali, statutarie e strumentali alle attività di intermediazione assicurativa (c.d. **catena assicurativa**), quali: informazione e promozione su nuovi servizi e prodotti, convenzioni, opportunità offerte, informazione e promozione commerciale, indagini sulla qualità del servizio prestato, soddisfazione del cliente, sia direttamente o attraverso partner con modalità tradizionali (quali, ad esempio, posta cartacea e chiamate tramite operatori) e con modalità automatizzate (quali, ad esempio, chiamate senza intervento di operatori, posta elettronica, o altre forme di interazione a distanza che l'innovazione tecnologica renderà disponibili in futuro); per il raggiungimento dei fini istituzionali pertanto i dati potranno essere comunicati a società specializzate, anche collegate alla LEAD BROKER & CONSULTING S.R.L., che saranno incaricate alla gestione del dato o nominati Responsabili del trattamento.
- Perseguimento del legittimo interesse del titolare:
  - Gestire i reclami ed i contenziosi, recuperare i crediti, prevenire frodi e attività illecite;
  - Esercitare i diritti e tutelare gli interessi legittimi del Titolare o di terzi Titolari ad esempio il diritto di difesa in giudizio;
  - Inviare comunicazioni commerciali interessanti per le sue esigenze, con finalità di marketing orientato alla cura del cliente, per informarla su vantaggi, sconti, utili integrazioni possibili alle sue coperture assicurative, nuovi prodotti lanciati dalle compagnie rappresentate. Tali iniziative saranno comunicate con lettere ordinarie, chiamate telefoniche, email, messaggi SMS, MMS, notifiche e newsletter.

### 3. CONSENSO FACOLTATIVO E OBBLIGATORIO – FACOLTA' DI RIFIUTO

Nell'ambito della nostra attività i dati personali saranno trattati sulla base di finalità precontrattuali o di obblighi contrattuali intercorrenti, in adempimento di obblighi di legge, e con il Suo consenso specifico se previsto. Il conferimento dei dati particolari e sensibili è strettamente strumentale all'erogazione del servizio. Pertanto è richiesto un esplicito consenso al trattamento e l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità di fornire i servizi richiesti.

### 4. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Per le finalità sopra descritte, i dati possono essere trattati attraverso strumenti manuali, informatici e/o altrimenti automatizzati secondo logiche strettamente connesse alle finalità di trattamento e, comunque, in modo da garantirne la sicurezza e riservatezza anche nel caso di trattamento attraverso strumenti innovativi di comunicazione a distanza.

I Dati sono trattati nel rispetto dei principi generali di liceità, necessità, correttezza, pertinenza e non eccedenza e sempre nel pieno rispetto del principio di proporzionalità del trattamento, in base al quale le varie modalità d'uso dei dati devono essere pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità perseguite.

DISTRIBUITA DA



AGENZIA



CLAIMS PARTNERS





## 5. CATEGORIE DI SOGGETTI AI QUALI I DATI POSSONO ESSERE COMUNICATI

Per le attività svolte dalla LEAD BROKER & CONSULTING S.R.L., i dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti terzi e più precisamente:

- Comunicazioni obbligatorie a organi di vigilanza o controllo: comunicazioni che la società è tenuta a fare in base a Leggi, regolamenti, disposizioni impartite da organi di vigilanza (ad esempio IVASS, INPS, UCI, ANIA, Forze dell'Ordine)
- Comunicazioni alle Compagnie di Assicurazioni
- Messa a disposizione dei Collaboratori del Titolare, in qualità di Soggetti autorizzati al trattamento per le finalità di cui sopra, come ad esempio Società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, legali, periti, società di servizi cui siano affidati la gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri, soggetti appartenenti al settore assicurativo quali: assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, sub-agenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione.
- Trattati da terzi, persone fisiche o giuridiche, solo se funzionali all'espletamento delle prestazioni richiesteci, cioè a Consulenti del Titolare (in qualità di Responsabili esterni) per gli aspetti di loro competenza (di natura amministrativa, commerciale, contabile o giuridica) e secondo le modalità previste dalla legge; Per il raggiungimento degli scopi istituzionali a titolo esemplificativo ma non esaustivo: archiviazione della documentazione o valutazione della conformità della stessa; controllo, revisione e certificazione delle attività della Società, vigilanza, rendicontazione, consulenza legale e fiscale.
- Potenzialmente accessibili da Responsabili esterni del Titolare per attività di manutenzione, controllo o verifica degli strumenti utilizzati per il trattamento e protezione.

## 6. TRASFERIMENTO DEI DATI

I dati personali non saranno oggetto di diffusione e, salvo quanto sopra, non saranno trasferiti verso nessun paese estero; tuttavia il Titolare si riserva la possibilità di utilizzare servizi in cloud e in tal caso i fornitori dei servizi saranno selezionati tra coloro che forniscono garanzie adeguate, così come previsto dall'art. 46 del GDPR.

## 7. PERIODO DI CONSERVAZIONE

I dati obbligatori sono conservati per il tempo necessario alla gestione del contratto assicurativo e per i tempi previsti dalle normative di riferimento del settore assicurativo o per adempiere ad obblighi di legge. I dati facoltativi saranno conservati per i fini contrattuali per il tempo necessario allo svolgimento del rapporto contrattuale.

## 8. DIRITTI ESERCITABILI DALL'INTERESSATO – diritto all'oblio

In tutti i casi di trattamento, Lei ha diritto di accedere, in ogni momento, ai Dati che La riguardano e di conoscere quali essi siano e come vengano utilizzati. Allo stesso modo può richiedere l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione dei Dati inesatti o incompleti, ovvero la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco per quelli trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione al trattamento può essere esercitato per motivi legittimi (da evidenziare nella richiesta). Per le comunicazioni di cui sopra può inviare una mail al seguente indirizzo email [privacy@leadbroker.it](mailto:privacy@leadbroker.it) allegando il documento di identità e codice fiscale. Nel corpo della mail vanno indicate le sue generalità, la richiesta ed in caso di richiesta di cancellazione i motivi per cui si chiede la cancellazione.

## 9. DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO

L'interessato ha anche il diritto di proporre reclamo dinnanzi al Garante della Privacy, secondo le modalità indicate sul sito web [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)

Il sottoscritto (Infortunata/o)

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016:

### 1. Presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa

- Sì  
 No

Firma \_\_\_\_\_

### 2. Presta il consenso all'invio di proposte e di comunicazioni commerciali a mezzo posta, posta elettronica, SMS, fax.

- Sì  
 No

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_