

2013/2014

**VADEMECUM ASSICURATIVO
COPERTURA INFORTUNI
ATLETI - DIRIGENTI -ALLENATORI**



Fipav Settore Assicurazioni
Stagione Sportiva 2013/2014



SOMMARIO

SOMMARIO	2
INFORMAZIONI AI TESSERATI	3
Riferimenti	3
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	4
COPERTURA POLIZZA BASE	5
Somme Assicurate	5
Morte	5
Invalidità permanente	5
Lesioni	5
Precisazioni:	5
Franchigia assoluta	6
Rimborso Spese Mediche	7
Schema riepilogativo polizza BASE	8
COPERTURA POLIZZA INFORTUNI INTEGRATIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA ATLETI INDOOR, BEACH VOLLEY, MINIVOLLEY, DIRIGENTI E ALLENATORI STAGIONE SPORTIVA 2013/2014	9
Somme Assicurate	9
Morte	9
Invalidità permanente	9
Lesioni	9
Franchigia Assoluta	9
Esempio di calcolo Invalidità Permanente.....	10
Rimborso Spese Mediche	10
R.S.M. a seguito di infortunio comportante intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente	10
R.S.M. a seguito di infortunio non comportante intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente	11
Esempio di calcolo R.S.M. per le sole spese fisioterapiche	11
Schema riepilogativo coperturepolizza integrativa	12
Modalità e procedure integrativa infortuni.....	13
Modalità di adesione	13
Procedura di attivazione	13
ISTRUZIONI PER LA DENUNCIA DI SINISTRO_ 2013/2014	14



INFORMAZIONI AI TESSERATI

Il presente Vademecum è un estratto delle principali condizioni previste dal contratto di assicurazione per la stagione sportiva 2013/2014.

RIFERIMENTI

Compagnia Assicuratrice: Allianz S.p.A.

Agenzia di Competenza: AllianzLloydAdriatico-Roma Certigo 795
Viale Parioli 56 00197 Roma
tel. 06/80690078 – fax 06/92933964
sinistri-fipav@certigo.it

Il numero **06/80690078** potrà essere contattato dai soggetti assicurati:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00;
- il martedì e giovedì anche dalle ore dalle ore 15:00 alle ore 17:30;

per:

- per tutte le problematiche relative alle coperture assicurative, con certezza di interlocuzione, completezza di risposte;
- per valutazioni circa i programmi assicurativi attivati con la corrente stagione sportiva;
- per informazioni sull'attivazione delle coperture già previste;
- per informazioni sulle procedure da seguire in caso di infortuni;
- per tutte le informazioni riguardanti lo stato dei sinistri.

In alternativa, per le medesime questioni, è a disposizione dei tesserati l'indirizzo di posta elettronica **sinistri-fipav@certigo.it** avendo cura di indicare sempre nome cognome e matricola del tesserato, ed un recapito telefonico, e se possibile il codice della Società di appartenenza e la sua esatta denominazione.

In ogni caso, rimane comunque disponibile l'indirizzo di posta elettronica federale **assicura@federvolley.it** per quesiti di carattere generale inerenti il settore assicurativo, che esulano dalla trattazione dei sinistri.



OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività sportiva, ricreativa e culturale organizzata sotto l'egida della Federazione Italiana Pallavolo, ivi compresi gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale.

Inoltre le garanzie sono operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Federazione e delle Società affiliate, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio della FIPAV e/o delle Società affiliate, nonché dei rischi connessi all'espletamento del mandato sportivo dei soggetti assicurati, anche in occasione di gare, concorsi e/o manifestazioni ufficiali organizzate sotto l'egida della FIPAV.

Le garanzie di polizza sono operanti anche quando gli Assicurati in qualità di trasportati di mezzi pubblici o privati o quali conducenti di mezzi ad uso privato subiscano l'infortunio durante:

- a) il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro (se lavoratore dipendente) sino al luogo di gara in sede e/o allenamento, e/o viceversa, con il percorso più breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi estranei all'attività sportiva e comunque entro 2 (due) ore dall'inizio o termine della gara od entro 1 (una) ora dall'inizio o termine allenamento, salvo comprovati e documentati impedimenti;
- b) durante le trasferte per gare e/o ritiri e allenamenti fuori sede, il tempo necessario per raggiungere il campo di gara o di ritiro. Per l'identificazione delle persone danneggiate faranno fede i referti di gara ed, in subordine, la convocazione e/o ogni altro documento idoneo. In tal caso, se richiesto, alla denuncia di sinistro dovrà essere successivamente allegato un'attestazione a firma del Dirigente accompagnatore indicato nel predetto referto o convocazione. In questo caso la garanzia esplicherà il proprio effetto anche per il tragitto da casa o luogo di lavoro (se trattasi di lavoratore dipendente) sino al punto di raduno e viceversa entro i limiti previsti dal precedente punto a);
- c) il rischio in itinere sarà operante sempreché alla guida del veicolo vi sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni vigenti al momento del sinistro.



COPERTURA POLIZZA BASE

SOMME ASSICURATE

Caso Morte	€80.000,00
Caso Invalidità Permanente	€80.000,00
Rimborso spese mediche	€1.000,00

MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Salvo quanto previsto per la Franchigia assoluta, l'Assicuratore, corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di assicurazione sportiva dilettantistica.

LESIONI

Per tutti gli assicurati saranno operanti gli indennizzi previsti nella tabella allegata al decreto ministeriale 03.11.2010 “ Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti”, pubblicato sul GU n.296 del 20.12.2010, ovvero nella tabella allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 (“Tabella Inail”), se più favorevole all'assicurato, alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggiore pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

PRECISAZIONI:

- Per “frattura” s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di natura non traumatica.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)



- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture “scomposte” determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle “amputazioni” si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà venti volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di “Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa”.
- In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma postraumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.
- L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.
- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovra riscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.
- Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata, in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

FRANCHIGIA ASSOLUTA

Sul capitale assicurato non sarà corrisposto alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente accertato non supera il 5%.

Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

Nel caso in cui invalidità permanente sia di grado non inferiore al 60%, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.



RIMBORSO SPESE MEDICHE

La garanzia copre, al solo verificarsi dell'infortunio ed indipendentemente dal verificarsi o meno di un postumo invalidante, fino alla concorrenza della somma di € 1.000,00, le spese sostenute connesse ad intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.) per:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono;
- spese per il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura con autoambulanza;
- spese per medicinali prescritti dal medico curante;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, pre e post ricovero.

Sono escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori.

La Società effettua il rimborso delle spese sostenute agli eventi diritto, a cura ultimata, previa presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in euro con applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 200,00, ed un limite di € 500,00 per fisioterapia.

La garanzia prevista nel presente articolo si intendono estese ai casi di forzata completa immobilità, limitatamente alle fratture vertebrali anche se non dovesse comportare ricovero.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro.

I rimborsi delle spese mediche sono sempre dovute nel caso in cui all'infortunio segua intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.), come sopra specificato, e non sono vincolati, alla presenza della tipologia di infortunio nelle tabelle lesioni sopraindicate.



SCHEMA RIEPILOGATIVO POLIZZA BASE

Nella tabella che segue vengono riassunte le diverse tipologie delle coperture assicurative destinate agli atleti, ai dirigenti ed agli allenatori:

GARANZIE	BASE
CASO MORTE	€ 80.000, 00
CASO INVALIDITA' PERMANENTE	€ 80.000, 00 FRANCHIGIA ASSOLUTA 5%
RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO COMPORTANTE: <ul style="list-style-type: none">• <u>intervento chirurgico</u>, anche ambulatoriale,• <u>e/o applicazione di gesso</u>• <u>e/o tutore equivalente</u> (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.).	MASSIMALE € 1.000,00 SOTTOLIMITE PER FISIOTERAPIA € 500,00 SCOPERTO 10% CON MINIMO DI 200,00€



COPERTURA POLIZZA INFORTUNI INTEGRATIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA ATLETI INDOOR, BEACH VOLLEY, MINIVOLLEY, DIRIGENTI E ALLENATORI STAGIONE SPORTIVA 2013/2014

SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate indicate nella presente sezione si intendono comprensive di quelle previste dalla Copertura Polizza Base.

Caso morte	€ 160.000,00 (80.000,00 da polizza base + 80.000,00 da polizza integrativa)
Caso Invalidità Permanente	€ 160.000,00 (80.000,00 da polizza base + 80.000,00 da polizza integrativa)
Rimborso spese mediche a seguito di infortunio <u>comportante intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente</u>	€ 3.000,00 (€ 1.000,00 polizza base + € 2.000,00 integrativa)
Rimborso spese mediche a seguito di infortunio <u>anche non comportante</u> intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente	€ 1.000,00

MORTE

Restano ferme le condizioni generali indicate in Copertura Polizza Base, salvo quanto previsto nella precedente sezione Somme assicurate.

INVALIDITÀ PERMANENTE

LESIONI

Restano ferme le condizioni generali indicate in Copertura Polizza Base.

FRANCHIGIA ASSOLUTA

Restano ferme le condizioni generali indicate in Copertura Polizza Base, salvo quanto previsto nella precedente sezione Somme assicurate e quanto di seguito specificato:

Franchigia del 5% sui primi € 80.000,00 e del 3% sugli ulteriori € 80.000,00.



ESEMPIO DI CALCOLO INVALIDITÀ PERMANENTE

Lesione comportante il 7 % di Invalidità Permanente con Polizza Integrativa

	FRANCHIGIA	I.P. RICONOSCIUTA	I.P. RICONOSCIUTA meno FRANCHIGIA PREVISTA	PUNTI I.P. INDENNIZABILI	IMPORTO DA LIQUIDARE	
BASE	5%	7%	$7\% - 5\% = 2\%$	2%	$800 \text{ €} \times 2 =$	1.600 €
INTEGRATIVA	3%	7%	$7\% - 3\% = 4\%$	4%	$800 \text{ €} \times 4 =$	3.200 €
					TOTALE I.P. DA LIQUIDARE	4.800 €

RIMBORSO SPESE MEDICHE

Restano ferme le condizioni generali indicate in Copertura Polizza Base, salvo quanto previsto nella precedente sezione Somme assicurate e quanto di seguito specificato:

R.S.M. A SEGUITO DI INFORTUNIO COMPORTANTE INTERVENTO CHIRURGICO, ANCHE AMBULATORIALE, E/O APPLICAZIONE DI GESSO E/O TUTORE EQUIVALENTE

Rimborso previsto a **seguito di infortunio comportante** intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.).

RSM: € 3.000,00 (1.000,00 da polizza base + 2.000,00 da polizza integrativa).

Con sottolimito per fisioterapia di € 1.500,00 (500,00 da polizza base + 1.000,00 da polizza integrativa).

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con uno scoperto del 10% con il minimo di € 200,00.



R.S.M. A SEGUITO DI INFORTUNIO NON COMPORANTE INTERVENTO CHIRURGICO, ANCHE AMBULATORIALE, E/O APPLICAZIONE DI GESSO E/O TUTORE EQUIVALENTE

Rimborso previsto a seguito di infortunio non comportante intervento chirurgico e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.). Con sottolimito di 500,00 € per fisioterapia.

La garanzia copre, ferme le condizioni generali, le spese sostenute a seguito di infortunio anche non comportante intervento chirurgico, per:

- Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
- Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
- Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;

Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

Sono escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori.

RSM: € 1.000,00

Con sottolimito di 500,00 € per fisioterapia.

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con uno scoperto del 10% con il minimo di € 200,00.

ESEMPIO DI CALCOLO R.S.M. PER LE SOLE SPESE FISIOTERAPICHE

TIPOLOGIA DI INFORTUNIO	MASSIMALE RSM DI RIFERIMENTO	SOTTOLIMITO PER FISIOTERAPIA	SCOPERTO (percentuale)	SCOPERTO (Minimo)	IMPORTO SPESO PER FISIOTERAPIA	IMPORTO SPESO meno SCOPERTO	IMPORTO DA LIQUIDARE
Comportante: intervento chirurgico /gesso/tutore	€ 3.000,00	€ 1.500,00	10%	200 €	500 €	500 € - 200 € =	300 €
					1.000 €	1000 € - 200 € =	800 €
					1.700 €	1700 € - 200 € =	1.500 €
					2.500 €	2500€ - 250 € =	2.250 €
Non comportante: intervento chirurgico /gesso/tutore	€ 1.000,00	€ 500,00	10%	200 €	500 €	500 € - 200 € =	300 €
					1.000 €	1000 € - 200 € =	800 €
					1.700 €	1700 € - 200 € =	1.500 €
					2.500 €	2500€ - 250 € =	2.250 €



SCHEMA RIEPILOGATIVO COPERTUREPOLIZZA INTEGRATIVA

GARANZIE	INTEGRATIVA		
	BASE	+	INTEGRATIVA
CASO MORTE	€ 80.000, 00	+	€ 80.000, 00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 80.000, 00 FRANCHIGIA ASSOLUTA 5%	+	€ 80.000, 00 FRANCHIGIA ASSOLUTA 3%
RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO COMPORTANTE: <ul style="list-style-type: none">• <u>intervento chirurgico</u>, anche ambulatoriale,• <u>e/o applicazione di gesso</u>• <u>e/o tutore equivalente</u> (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.).	<ul style="list-style-type: none">○ MASSIMALE € 1.000,00○ SOTTOLIMITE PER FISIOTERAPIA € 500,00○ SCOPERTO 10% CON MINIMO DI 200,00 €	+	<ul style="list-style-type: none">○ MASSIMALE € 2.000,00○ SOTTOLIMITE PER FISIOTERAPIA € 1.000,00○ SCOPERTO 10% CON MINIMO DI 200,00€
RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO non comportante intervento chirurgico/gesso/tutore			<ul style="list-style-type: none">○ MASSIMALE € 1.000,00○ SOTTOLIMITE PER FISIOTERAPIA € 500,00○ SCOPERTO 10% CON MINIMO DI 200,00€



MODALITÀ E PROCEDURE INTEGRATIVA INFORTUNI

Tale copertura assicurativa facoltativa per **atleti, dirigenti e allenatori**, permette di usufruire di tutele superiori, mediante il pagamento di un premio aggiuntivo.

PASSAGGIO dalla copertura BASE alla copertura INTEGRATIVA: costo pro capite € 20,00.

MODALITÀ DI ADESIONE

La società che intenda aderire, dovrà inizialmente estendere la copertura assicurativa per un numero minimo di 13 adesioni facoltative. Ulteriori eventuali adesioni potranno essere effettuate anche per singolo tesserato. Le adesioni facoltative potranno essere effettuate esclusivamente entro il termine ultimo del 30 novembre 2013.

Oltre tale termine saranno consentite estensioni esclusivamente entro 15 giorni dalla data di tesseramento per:

- a) **nuovo tesseramento**, atleta mai tesserato in precedenza, che venga tesserato da società che abbia attivato entro il termine ultimo previsto, le prime 13 coperture;
- b) **trasferimento** di atleta senza copertura facoltativa a società che abbia attivato entro il termine ultimo previsto del 30 novembre, le prime 13 coperture.

PREMI DI POLIZZA:

- | | |
|---|----------------------------|
| a) 1 ^a Adesione (minimo 13 tesserati per società) | € 260,00 (n. 13 X € 20,00) |
| b) Ulteriori adesioni a premio individuale
(per ciascuna adesione anche singola) | € 20,00 |

DECORRENZA DELLA GARANZIA:

Dalla data di richiesta della società*

TERMINE DELLA GARANZIA:

30/06/2013.

*Le coperture assicurative facoltative decorreranno dalle ore 24,00 del giorno di pagamento del premio dovuto e comunque, dopo l'inoltro del modello ASS3 sottoscritto digitalmente, che identifica i nominativi degli assicurati nelle relative fasce per cui viene richiesta l'estensione.

PROCEDURA DI ATTIVAZIONE

Per attivare la **copertura assicurativa facoltativa infortuni** le Società interessate dovranno:

1. Compilare on line il modello ASS3 inserendo l'elenco dei nominativi degli atleti per i quali si intende attivare la copertura assicurativa facoltativa INTEGRATIVA. Questa operazione permetterà automaticamente di visualizzare il premio complessivo dovuto per le coperture facoltative scelte. Il modello in questa fase potrà essere solamente salvato sul sistema, ma non inviato;
2. Effettuare il pagamento del premio complessivo risultante tramite **bonifico bancario** sul conto corrente intestato a **CERTIGO S.a.s.** presso:
INTESA SAN PAOLO
IBAN: : IT 51 R 03069 03282 100000002276
Nella causale del bonifico specificare "INTEGRATIVA FIPAV + CODICE SOCIETARIO".
3. Inserire nel modello ASS3 gli estremi del bonifico bancario effettuato (compreso CRO), firmare digitalmente il modello che, se completo, potrà essere assunto dal sistema del tesseramento on-line FIPAV, il quale provvederà all'inoltro automatico.



ISTRUZIONI PER LA DENUNCIA DI SINISTRO _ 2013/2014

1) In caso di sinistro il tesserato, dovrà inviare entro 30 giorni dalla data di accadimento, comunicazione di denuncia sinistro, redatta conformemente alle seguenti istruzioni e completa della documentazione indicata nei successivi punti, all'agenzia di competenza:

AllianzLloydAdriatico Roma Certigo 795
Viale Parioli 56 00197 Roma
(tel. 06/80690078 – fax 06/92933964)

2) La comunicazione di denuncia di sinistro dovrà essere **obbligatoriamente** corredata della seguente documentazione:

a) Modulo di denuncia sinistro (**ASS1_DENUNCIA**) completo di consenso al trattamento dei dati personali (privacy), reperibile mediante l'accesso all'apposita sezione del portale www.federvolley.it - Documenti/Assicurazioni;

b) Modulo di "Attestazione di infortunio avvenuto durante attività sportiva federale" (**ASS2_ATTESTAZIONE**). Tale modulo, che non ha valore di denuncia di infortunio, è reperibile mediante l'accesso all'apposita sezione del portale www.federvolley.it - tesseramento online e dovrà essere compilato a cura del Presidente della Società di appartenenza e sottoscritto digitalmente dallo stesso (mediante smart card), stampato e consegnato all'interessato;

c) **Documentazione medica** (certificato medico o di pronto soccorso) relativa all'infortunio occorso.

3) Il tesserato, solo se la comunicazione di denuncia risulterà completa della documentazione indicata nei precedenti punti a), b) e c), riceverà comunicazione dalla Compagnia Assicurativa con tutti i riferimenti del sinistro ed i recapiti del Centro Liquidazione Danni con il quale prendere contatti per la definizione della pratica.

La comunicazione dei riferimenti da parte della Compagnia avverrà tramite posta ordinaria ai recapiti indicati dall'interessato. La stessa comunicazione potrà essere anticipata anche via sms nel caso in cui il tesserato abbia fornito il consenso barrando l'apposita opzione prevista nel modulo di denuncia.

4) Il tesserato inoltre dovrà:

- Documentare, fornendo le certificazioni mediche relative al decorso delle lesioni;
- Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni altro documento utile;
- Consentire in ogni caso alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.