



NORME DA SEGUIRE IN CASO DI INFORTUNIO CONVENZIONE F.I.TA

In caso di infortunio compilare il modulo di denuncia in ogni sua parte in stampatello ed inviare lo stesso a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dall'accaduto a:

AON S.p.A. Via Claudia, 10 – 00184 ROMA

ALLEGARE IN COPIA AL MODULO DI DENUNCIA DA INDIRIZZARE ALL'AON S.p.A.

- Indicazione del codice di tesseramento;
- fotocopia codice fiscale;
- consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto;
- fotocopia del primo certificato medico da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi;

***** ATTENZIONE *****

in mancanza della documentazione sopra evidenziata necessaria ad una corretta valutazione dell'infortunio non sarà possibile dar corso alla pratica di rimborso.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

- modulo di denuncia debitamente compilato;
- indicazione del codice di tesseramento.;
- certificato di morte (in originale);
- stato di famiglia (in originale);
- dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori;
- verbali autorità 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.

**INVIARE LA DOCUMENTAZIONE RACCOLTA
ALLA AON S.p.A.**

per ogni dubbio che dovesse insorgere, l'Assicurato potrà rivolgersi alla:

AON S.p.A.
Tel. 06 / 77276238
Fax: 06 / 77276280



CONVENZIONE F.I.TA
MODULO DI DENUNCIA INFORTUNI
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)
DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME: _____ NOME: _____

DATI ANAGRAFICI DI NETRAMBI I GENITORI (IN CASO DI MINORE): _____

INDIRIZZO: _____

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

CODICE FISCALE: _____ TELEFONO _____ / _____

NATO A: _____ IL: _____

CODICE DI TESSERAMENTO: _____

SOCIETA': _____ DATA TESSERAMENTO: _____

PROFESSIONE: _____

ESTREMI INFORTUNIO

DATA INFORTUNIO _____ GARA/ALLENAMENTO: _____

LUOGO: _____ PROVINCIA: _____

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

TESTIMONI PRESENTI AL FATTO: _____

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

QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO?: _____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' AFFILIATA

SOCIETA': _____ C.A.P.: _____ PROV.: _____

COMUNE: _____ INDIRIZZO: _____

TELEFONO: _____ / _____ AFFILIAZIONE N°: _____ DEL: _____

TIMBRO E FIRMA

DATA ,

INVIARE A: AON S.p.A. – Via Claudia, 10 – 00184 ROMA



N.B.: Questo modulo viene utilizzato anche per la ricerca scientifica a fini statistici. Si prega di compilarlo con accuratezza.

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

Generalità ed indirizzo del medico curante.....

.....Tel.....

- 1) Data della prima assistenza medica..... Da chi è stata presentata.....
- 2) E' ricoverato?..... Se si dove?.....
- 3) Causa determinante della lesione.....
- 4) Tipo di trauma: contusione – ferita – distorsione – lesione dei legamenti – lesione muscolo-tendinea – lussazione – frattura.
- 5) Sede e descrizione della lesione di cui al punto 4).....
.....
.....
- 6) Versa l'infortunato in pericolo di vita?.....
- 7) Eventuali lesioni antecedenti, o infermità, o anomalie fisiche che possono aver influito sulla lesione.....
.....
.....
- 8) Periodo presumibile di inabilità al lavoro totale: giorni parziale: giorni:.....
- 9) Può residuare invalidità permanente?.....
- 10) Accertamenti diagnostici richiesti.....

Cure necessarie.....
.....

Il sottoscritto medico curante dichiara di avere risposto sotto la propria responsabilità alle precedenti domande con scienza, coscienza e verità.

IL MEDICO CURANTE

Data:



AON S.p.A. – ASSITALIA

INFORMATIVA

(ai sensi del D. Lgs. N° 196/03 – Testo Unico sulla privacy)

Egregio Assicurato La informiamo che:

- 1) I Suoi dati personali sono necessari al fine di consentire alla AON S.p.A. ed alla ASSITALIA S.p.A. di trattare il Suo sinistro; il trattamento dei Suoi dati potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o comunque automatizzati;
- 2) Il conferimento dei Suoi dati personali, salvo che non venga reso obbligatorio da successive forme di Legge, è facoltativo;
- 3) Tuttavia, il mancato assenso al trattamento dei dati personali richiesti, potrebbe comportare l'impossibilità di rendere a Suo favore, in tutto o in parte, il servizio di cui al punto 1) che precede;
- 4) In rapporto al servizio reso, Le sarà richiesta anche la documentazione di dati "sensibili" di cui al D. Lgs. N° 196/03 – *Testo Unico sulla Privacy*; 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 dati verranno trasmessi dalla AON S.p.A. all'ASSITALIA S.p.A. e viceversa ed ai loro organi interni; ad Istituti bancari, per agevolare l'esecuzione dei servizi di cui al precedente punto 1) trasmettendo solo ed esclusivamente i dati personali strettamente necessari al fine di poter eseguire gli adempimenti previsti con espressa esclusione dei dati sensibili; a soggetti terzi operanti nel settore assicurativo quali: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; a periti, legali, società che offrono servizi informatici di archiviazione dei dati, organismi associativi (ANIA) e/o consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Casellario Centrale Infortuni e Commissioni di Garanzia dell'Assicurato;
- 6) In relazione al trattamento dei dati personali ha diritto: (a) di conoscere, mediante accesso gratuito al registro generale dei trattamenti tenuto dal Garante, l'esistenza di trattamenti di dati che La possono riguardare; (b) di essere edotto su nome, denominazione, o ragione sociale e domicilio, residenza o sede del titolare e del responsabile, finalità e modalità del trattamento; (c) di ottenere a cura del titolare senza ritardo: la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati e la comunicazione in forma intelligibile 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 ci fosse interesse, l'integrazione dei dati; l'attestazione che le operazioni di cancellazione e/o trasformazione, di aggiornamento 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 riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- 7) Titolari del trattamento sono l'AON S.p.A. in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, con sede in Via Andrea Ponti 8/10 20143 Milano e l'ASSITALIA in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, con sede Roma C.so d'Italia, 33 – 00198 ROMA -
- 8) Responsabili del trattamento sono l'AON S.p.A. in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, domiciliato presso la sede dell'AON S.p.A. e l'ASSITALIA in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, domiciliato presso la sede dell'ASSITALIA.

Io sottoscritto Preso atto dell'informativa di cui sopra consento, ai sensi D. Lgs. N° 196/03 – *Testo Unico sulla Privacy* e dell'Informativa che precede, all'AON S.p.A. ed all'Assitalia S.p.A. il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei miei dati personali.

....., li firma
(firma del genitore in caso di minore)

Io sottoscritto Preso atto dell'informativa di cui sopra consento, ai sensi D. Lgs. N° 196/03 – *Testo Unico sulla Privacy* e dell'Informativa che precede, all'AON S.p.A. ed all'ASSITALIA il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei miei dati personali sensibili.

....., li firma
(firma del genitore in caso di minore)