

Allegato (A)

**DENUNCIA SINISTRO INFORTUNIO**

Le denunce compilate vanno inviate , entro massimo 30 gg dalla data dell'evento e saranno efficaci solo se inoltrate per e-mail a: [infortuni@csain.it](mailto:infortuni@csain.it) , in casi diversi o di controversie, inviare raccomandata A.R. a: Segreteria CSAIn Viale dell'Astronomia, 30 – 00144 Roma. Per info 3881492018.

**Dati relativi al Sinistro:**

Data avvenimento \_\_\_\_\_ Comitato Provinciale \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Tipo attività' \_\_\_\_\_ sodalizio \_\_\_\_\_

**Nominativo Assicurato:**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Tessera associativa nr° \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_

Indicare se si è in possesso di altre polizze assicurative: \_\_\_\_\_

**Dinamica dell'evento CSAIn che ha determinato l'infortunio:**

- durante un'attività istituzionale o manifestazione organizzata da CSAIn  
(indicare nome evento manifestazione) \_\_\_\_\_
- durante attività previste dall'Associazione stessa, Quale? \_\_\_\_\_
- durante attività di allenamento solo se programmato dalla Società e certificato dall'organo provinciale competente
- in altro luogo (specificare dove e perché) \_\_\_\_\_

**Danni subiti:****Autorità intervenute e/o testimoni:**

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato

Firma del Presidente della Società

Firma del responsabile del comitato  
territoriale CSAIn

**Allegati:** Certificato medico di primo soccorso (rilasciato da struttura di pronto soccorso), altre eventuali certificazioni mediche, fotocopia tessera associativa CSAIn e codice fiscale, fotocopia c.i. del/i testimoni, e se trattasi di tessera integrativa allegare fotocopia versamento adozione integrativa. In caso di minore occorre allegare anche la fotocopia del documento d'identità e c.f. del genitore.



Centri Sportivi  
Aziendali e Industriali



Allegato (B)

## **DENUNCIA SINISTRO INFORTUNIO**

**Regolamento denuncia infortunio:** dovrà essere inoltrata con la modalità prevista in (allegato A) e verrà presa in carico dalla compagnia solo se validata dalla sede Nazionale CSAIn, in base ai seguenti macro-criteri:

**Se** il soggetto o l'associazione sono regolarmente tesserati e affiliati; se l'attività si trova inserita a preventivo e a consuntivo nell'apposita area riservata del Registro EPS del CONI per le attività sportive e formative; solo se l'attività degli allenamenti è riscontrabile e programmata; solo se la denuncia sarà controfirmata da firma autografa e diretta del responsabile del Comitato provinciale di riferimento; se c'è a corredo appropriata documentazione.

**In casi particolari**, tipo allenamenti e/o partecipazione ad eventi extra CSAIn promossi da organismi convenzionati, la denuncia non può essere generica ma circostanziata e quindi oltre alla denuncia secondo regolamento, bisogna che ci sia anche l'autocertificazione del Presidente della Associazione affiliata, e a conferma della certezza di quanto denunciato, il modulo di denuncia deve essere firmato, per asseverazione, anche dal Responsabile Provinciale CSAIn di riferimento in modo che venga confermata la circostanza dell'infortunio, quale allenamento programmato e/o attività e quindi a conoscenza dello stesso Comitato.

**Qualunque caso dubbio** o non conforme alle procedure di riferimento previste, non potrà essere addebitato agli Organi nazionali CSAIn e quindi non rientra tra gli infortuni a carico dell'ente. In particolare per infortuni verificatesi nel corso di eventi extra CSAIn, promossi da Enti convenzionati, bisogna anche allegare copia referto medico di gara, verbale del Direttore di gara e/o responsabile dell'organizzazione.

**In caso di affiliazione o tesseramento multiplo, è obbligo che il soggetto interessato formuli una dichiarazione a tal riguardo, dichiarando di aver informato le rispettive compagnie per le attivazioni della compartecipazione assicurative.**

**Compilare e sottoscrivere il modulo ai sensi del regolamento UE/679/2016 in materia dei dati personali (GDPR)**

*-Dichiaro di aver preso visione del regolamento, allegato (B), e sottoscrivo sotto mia responsabilità le dichiarazioni formulate nell'allegato (A)*

Firma dell'Assicurato

Firma del Presidente della Società

Firma del responsabile del comitato  
territoriale CSAIn

DATI ASSICURATO (*)							
COGNOME		NOME		COD. FISCALE		DATA SX	

Secondo quanto previsto dagli art.13 e 14 del regolamento (UE)n.679/2016 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, da parte della **Cunsolo Salvatore**, in qualità di Titolari del trattamento dei dati, intendono fornirLe le seguenti informazioni in merito all' utilizzo degli stessi.

**FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI (1)**

Le nostra società, per fornire i servizi da Lei richiesti o in Suo favore previsti (ad esempio stipula di contratti assicurativi o gestione del sinistri), devono acquisire o già detenere dati personali) che La riguardano, ( dati personali raccolti dalle Società possono eventualmente includere anche quei dati che il **D.LGS. 196/2003** definisce "sensibili": tali sono i dati relativi alla stato di salute, opinione religiose, adesioni a sindacati partiti politici o a qualsivoglia organizzazione o associazione.

**FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI (2)**

I Suoi dati personali sono trattati per finalità assicurative e per l'esercizio dei Suoi diritti in relazione alle seguenti finalità;  
 a) Obbligatoria in base alla legge, ai regolamenti o normative comunitarie (ad esempio antiriciclaggio, casellario centrale infortuni, motorizzazione civile);  
 b) Strettamente necessaria alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;  
 Di informazione e promozione commerciale, Indagini sulla qualità del servizio prestato, soddisfazione del cliente, strumentali al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle nostre società.

**MODALITÀ DEI TRATTAMENTO DEI DATI (3)**

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantire la sicurezza e riservatezza.

**COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI (4)**

Ai fini delle attività svolte dalla Cunsolo Salvatore In collaborazione con Reale mutua assicurazioni può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi;  
 più precisamente:

Comunicazioni obbligatorie - rientrano in questa tipologia le comunicazioni che le società sono tenute a fare in base a leggi, regolamenti, disposizioni impartite da organi di vigilanza (ad esempio IVASS, INPS, UCI, ANIA, Forze dell'ordine).

Comunicazioni strettamente connesse ai rapporti Intercorrente - rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, come ad esempio: I) Società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati "sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta" II) soggetti appartenenti al settore assicurativo quali assicuratori,

coassicuratori, riassicuratori, agenti, sub-agenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione III) legali, periti, società di servizi cui siano affidati la gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri IV) società di servizi per il quietanzamento V) società di servizi informatici o di archiviazione, di revisione, di Informazione commerciale, per rischi finanziari, di servizi per il controllo delle frodi, recupero crediti, di servizi postali, VI) società del gruppo sempre per finalità connesse o collegate alla resa di servizi assicurativi o parassicurativi.

Comunicazioni strumentali all'attività della nostra società - rientrano in questa tipologia le comunicazioni finalizzate a migliorare la qualità del servizio prestata, attraverso indagini sulla soddisfazione dei cliente, con necessità di comunicare i Suoi dati a Società a noi collegate ed altri soggetti che possono offrire servizi di qualità alla nostra clientela. Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati come titolari autonomi del trattamento.

**DIRITTI di cui all'Art. 12 e 13 del regolamento UE num.679/2016** (diritti dell'Interessato)

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, e di chiedere il blocco e di opporsi al loro trattamento.

Sulla base di quanto sopra Le chiediamo, pertanto, di esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, anche sensibili, ed alla loro comunicazione alle categorie di soggetti indicati nelle lettere: A e 8 de punto 4 (comunicazione a terzi dei suoi dati personali) In relazione alle finalità di cui al punto 2 (Finalità del trattamento dei dati) lettere) a)-b) dell'informativa stessa, apponendo la Sua firma in calce.

L'EVENTUALE RIFIUTO DA PARTE DELL'INTERESSATO DI CONFERIRE I DATI PERSONALI NEI CASI SOPRA PREVIISTI DAI PUNTI A.B. DEL PUNTO 4. IN RELAZIONE ALLE FINALITÀ DI CUI AL PUNTO 2 LETTERE A) B), COMPORTA L'IMPOSSIBILITÀ NEL GESTIRE E LIQUIDARE SINISTRI.

Acconsento

NON Acconsento

Luogo e data \_\_\_\_\_  
 Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_  
 (in caso di infortunio a minore, firma l'esercente la podestà ) \_\_\_\_\_

Le chiediamo, inoltre di esprimere il consenso per la comunicazione e/o diffusione dei Suoi dati personali, alle categorie di soggetti indicati alla lettera C del punto 4 per le finalità di cui alla lettera C) del punto 2, apponendo la firma in calce. Tale consenso è facoltativo e non impedisce la prosecuzione del rapporto contrattuale e la fornitura dei servizi di cui sopra.

Acconsento

NON Acconsento

Luogo e data \_\_\_\_\_  
 Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_  
 (in caso di infortunio a minore, firma l'esercente la podestà ) \_\_\_\_\_

Gestione del sinistri on-line comunicazione dell'indirizzo di posta elettronica: Le chiediamo inoltre di indicarci, in stampatello, l'eventuale indirizzo di posta elettronica presso il quale ci autorizza ad inviare future comunicazioni, ivi incluse quelle alla gestione del sinistro

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
 Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_  
 (in caso di infortunio a minore, firma l'esercente la podestà ) \_\_\_\_\_

**(\*) in caso di minore inserire i dati del genitore**