

**AON**

**2011/2014**

**VADEMECUM ASSICURATIVO  
ATLETI E DIRIGENTI**



Fipav Settore Assicurazioni

Edizione 2011



## SOMMARIO

<b>SOMMARIO</b> .....	<b>2</b>
<b>INFORMAZIONI AI TESSERATI</b> .....	<b>3</b>
Gestione sinistri .....	3
Informazioni generali di natura assicurativa .....	3
<b>OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE</b> .....	<b>4</b>
<b>GARANZIE E MASSIMALI</b> .....	<b>5</b>
Somme Assicurate .....	6
Garanzia infortuni .....	6
Lesioni - Franchigia Assoluta .....	6
Rimborso Spese Mediche a seguito di intervento chirurgico .....	6
<b>COPERTURA INTEGRATIVA</b> .....	<b>7</b>
Somme Assicurate .....	7
Garanzia infortuni .....	7
Lesioni - Franchigia Assoluta .....	7
Rimborso Spese Mediche .....	7
Indennità da ricovero .....	8
Indennità da gesso .....	8
Morte .....	9
Lesioni .....	9
<b>GARANZIE AUTOMATICHE</b> .....	<b>11</b>
Cosa Fare Per Attivare Le Garanzie Automatiche .....	11
Note Per Coperture Automatiche .....	13
<b>GARANZIA INTEGRATIVA</b> .....	<b>14</b>
IntegrativA Infortuni .....	14
Cosa Fare Per Attivare La Copertura Integrativa .....	14
<b>COSA FARE IN CASO DI SINISTRO</b> .....	<b>15</b>
Note Importanti Per L'apertura Sinistro .....	16
<b>CASISTICA</b> .....	<b>17</b>
Posizione Assicurativa Atleti In Prestito Per Un Solo Campionato (L1) .....	17



## INFORMAZIONI AI TESSERATI

### GESTIONE SINISTRI

Il presente Vademecum è un estratto delle principali condizioni previste dal contratto di assicurazione.

Il numero 06/77276238 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:

- tutte le problematiche relative alle coperture assicurative, con certezza di interlocuzione, completezza di risposte, senza perdite di tempo e senza costi;
- valutazioni circa i programmi assicurativi attivati con la corrente stagione sportiva;
- informazioni sull'attivazione delle coperture già previste;
- informazioni sulle procedure da seguire in caso di infortuni;
- 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.federvolley@aon.it**.

Per il corretto utilizzo delle procedure previste del tesseramento on-line, è necessario attenersi alle indicazioni pubblicate nel Manuale Operativo (in fase di predisposizione) del settore assicurativo, disponibile nella sezione "Guida Pratica – Assicurazioni" del sito federale

### INFORMAZIONI GENERALI DI NATURA ASSICURATIVA

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.

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.



## GARANZIE E MASSIMALI

La Federazione Italiana Pallavolo, in collaborazione con la AON S.p.A., Broker assicurativo, ha stipulato, all'intervento della convenzione a favore dei tesserati, apposita formula integrativa da mettere a disposizione a tutti i propri tesserati.

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

<b>GARANZIE</b>	<b>BASE</b>	<b>INTEGRATIVA</b>
<b>CASO MORTE</b>	€ 80.000, 00	€ 80.000, 00
<b>CASO LESIONI</b>	€ 80.000, 00 FRANCHIGIA ASSOLUTA 5%	€ 80.000, 00 FRANCHIGIA ASSOLUTA 3%
<b>RIMBORSO SPESE MEDICHE</b>	€ 3.000, 00 A seguito di lesioni indennizzabili a termini di polizza, <u>con</u> intervento chirurgico	€ 6.000, 00 A seguito di lesioni indennizzabili a termini di polizza, <u>con o senza</u> intervento chirurgico
<b>DIARIA DA GESSO</b>	Non prestata	€ 200, 00



## COPERTURA POLIZZA BASE

### SOMME ASSICURATE

#### GARANZIA INFORTUNI

Tesserati, Partecipanti a Corsi, Gare o Manifestazioni Sportive

Caso morte	€	80.000, 00
Caso Lesioni	€	80.000, 00
Rimborso spese mediche per intervento chirurgico	€	3.000, 00

#### LESIONI - 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.

Salvo quanto sopra, l'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue:

- per i tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella tabella A (disponibile sul sito federale) alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.

#### RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO

La garanzia copre, fino a concorrenza della somma di € 3.000, 00, le seguenti spese sostenute in conseguenza di lesione indennizzabile a termine di polizza:

- onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria
- spese per l'uso della sala operatoria
- rette di degenza
- spese per medicinali prescritti dal medico curante
- onorari dei medici
- spese relative ad accertamenti diagnostici
- spese per il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura con autoambulanza

La Compagnia effettua il rimborso delle spese sostenute agli eventi diritto previa presentazione dei documenti giustificativi a cura ultimata, con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 300, 00.



## COPERTURA INTEGRATIVA

### SOMME ASSICURATE

#### GARANZIA INFORTUNI

Caso morte	€	80.000, 00
Caso Lesioni	€	80.000, 00
Rimborso spese mediche	€	6.000, 00

#### LESIONI - FRANCHIGIA ASSOLUTA

All'atto dell'adesione alla presente formula integrativa, la percentuale di franchigia si intenderà ridotta al 3%.

Pertanto sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili non supera il 3%.

Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 3% ed inferiore al 10%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 10% la franchigia si intenderà annullata e l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla percentuale di invalidità.

#### RIMBORSO SPESE MEDICHE

Entro il limite della somma assicurata a questo titolo indicata nella sezione somme assicurate, la Società rimborsa le spese sostenute durante il ricovero, a seguito di lesione riportata nell'allegata tabella A che comporti 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:

1. 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);
2. assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;
3. rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.

Inoltre l'Assicuratore rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero, per:

- a) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- b) cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;



- c) prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
- d) esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
- e) 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.

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

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

**Relativamente alle spese per cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di € 2.000, 00 per anno e per persona ed un massimo di € 50, 00 per singola prestazione.**

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.

---

## INDENNITÀ DA RICOVERO

In caso di ricovero in Istituto di cura, reso necessario da infortunio, la Società liquiderà la somma assicurata indicata nella successiva sezione somme assicurate, per ogni giorno di degenza.

Il giorno di ricovero ed il giorno di dimissione saranno considerati come unico giorno.

---

## INDENNITÀ DA GESSO

In caso di applicazione di gesso e/o di tutore immobilizzante equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, ecc.) e/o di forzata completa immobilità, limitatamente ai casi di frattura vertebrale anche senza ricovero, reso necessario da infortunio, la Società liquiderà la somma assicurata indicata nella sezione somme assicurate.



## 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.

## LESIONI

Salvo quanto previsto per la Franchigia assoluta, l'Assicuratore, corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue:

- per i tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella tabella A allegata 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 qualsiasi natura.
- 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 i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.
- 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.



## GARANZIE AUTOMATICHE

Le seguenti coperture assicurative sono comprese in automatico nella quota di tesseramento:

### Copertura assicurativa BASE

- DIRIGENTI ED ATLETI PARTECIPANTI AL MINIVOLLEY, AI CAMPIONATI DI CATEGORIA E DI SERIE PROVINCIALI

### Copertura assicurativa INTEGRATIVA

- 13 ATLETI per squadra PARTECIPANTI AI CAMPIONATI REGIONALI (Serie C e D) E 13 ATLETI per ciascuna squadra PARTECIPANTI AI CAMPIONATI NAZIONALI (Serie A1-A2-B1-B2).

Le coperture assicurative automatiche INTEGRATIVE, sebbene siano comprese nella quota di tesseramento, devono essere comunque **attivate dalle società interessate**.

La polizza prevede la copertura assicurativa fino ad un massimo di 13 atleti.

## COSA FARE PER ATTIVARE LE GARANZIE AUTOMATICHE

Le coperture di BASE non necessitano di alcuna attivazione, essendo efficaci per tutti i tesserati dall'atto stesso del tesseramento.

La Fipav permette ai **13 atleti** che disputano un campionato regionale o nazionale, di beneficiare di coperture assicurative di fascia superiore, e rispettivamente:

- ✓ 13 atleti, per ciascuna squadra, che disputano campionati di serie D, C, B ed A: **copertura INTEGRATIVA**;

Per individuare a quali atleti estendere la copertura automatica, il sistema del tesseramento permette due opzioni:

1. compilazione del modulo ASS1;
2. assunzione automatica dal CAMP3.



## 1. COMPILAZIONE DELL'ASS1 DIRETTAMENTE DA PARTE DELLA SOCIETÀ.

La società **affiliata/riaffiliata** può compilare il modulo ASS1 inserendo i nominativi degli **atleti tesserati**. E' possibile effettuare questa procedura a partire dal 1° luglio di ogni stagione, e fino alla prima partita del campionato di ciascuna serie.

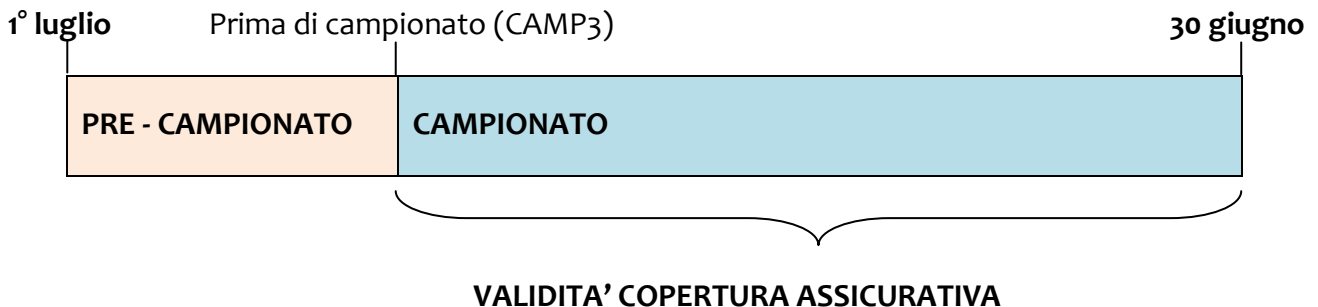
## 2. ASSUNZIONE DEI NOMINATIVI PER L'ASS1 DAL CAMP3.

Qualora le società non provvedano alla compilazione del modulo ASS1, il sistema del *tesseramento on-line* provvederà automaticamente ad assumere i primi 13 nominativi inseriti nel CAMP3 della prima partita di campionato, di ciascuna serie avente diritto a coperture assicurative automatiche, disputato dalla Società.

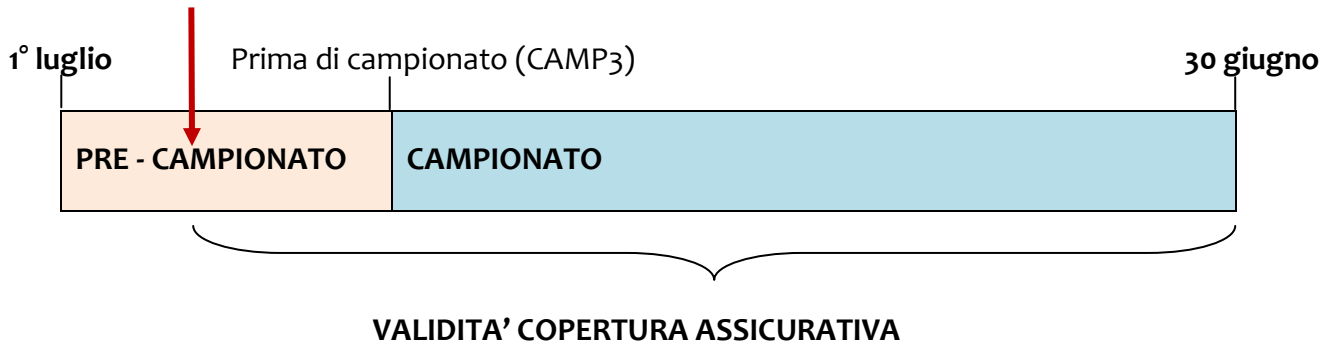
Se nel CAMP3 della prima giornata di campionato non fossero inseriti tutti i 13 nominativi, il sistema provvederà in automatico ad integrarli con i nominativi inseriti nei CAMP3 delle gare successive, procedendo ad esclusione e seguendo un puro ordine di inserimento consecutivo.

## SCHEMA RIASSUNTIVO DELLE TEMPISTICHE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

### MANCATA COMPILAZIONE MODULO ASS1



### COMPILAZIONE MODULO ASS 1





## NOTE PER COPERTURE AUTOMATICHE

Ove non fosse compilato il modulo ASS1, in caso di un infortunio che dovesse verificarsi **nella fase preliminare di pre-campionato**, la fascia assicurativa riconosciuta è quella automatica di BASE, non risultando in alcun modo la partecipazione ad un campionato di serie D/C/B/A e la copertura automatica INTEGRATIVA.

Ricordiamo che nel modulo ASS1 possono essere inseriti massimo 13 giocatori, e che l'inserimento dei 13 nominativi può avvenire in momenti diversi, ma sempre entro la prima gara di campionato.

E' importante evidenziare che per entrambe le opzioni (compilazione da parte delle società o assunzione automatica dal CAMP3) non sarà possibile, una volta inseriti o assunti i nominativi, modificarli, sostituirli o apportare qualsiasi variazione.

Solamente a seguito di trasferimento o prestito per l'intera stagione (e non per un solo campionato) il nominativo dell'atleta ceduto/prestato potrà essere sostituito da altro atleta individuato dalla Società, entro la prima gara di campionato successiva alla cessione/prestato. In mancanza della scelta, il sistema provvederà automaticamente ad integrare il nominativo con i criteri di cui sopra.

Entrambe le opzioni garantiscono la copertura di massimo 13 atleti. Per la copertura di ulteriori giocatori facenti parte la rosa, le società possono attivare la copertura INTEGRATIVA facoltativa nell'apposita sezione del tesseramento on-line "Gestione coperture assicurative" (modulo ASS3).

**Non sarà ritenuto valido alcun modello trasmesso alla FIPAV con mezzi diversi dal tesseramento on-line, poiché solo quest'ultimo consente di identificare le coperture assicurative attive per gli atleti.**



## GARANZIA INTEGRATIVA

### INTEGRATIVA INFORTUNI

La Federazione Italiana Pallavolo tutela i propri tesserati, garantendo le coperture dovute in termini di legge, e la copertura BASE adempie a tali criteri.

Qualora le società vogliano integrare la copertura assicurativa di base, è possibile farlo ed in quest'ottica la Federazione ha messo a disposizione delle sue società affiliate una copertura INTEGRATIVA.

La copertura integrativa, in quanto facoltativa, è un servizio aggiuntivo a condizioni particolarmente vantaggiose, ma esula dall'obbligatorietà della copertura definita dalla normativa vigente.

La presente copertura assicurativa é facoltativa per **dirigenti ed atleti**; permette di usufruire, mediante il pagamento di un premio aggiuntivo, di tutele superiori.

**PASSAGGIO dalla copertura BASE alla copertura INTEGRATIVA: costo pro capite € 7, 50;**

il versamento di tale premio permette di ampliare la garanzia “base” mediante il riconoscimento delle condizioni precisate a pag. 7 di questo stesso vademecum.

### COSA FARE PER ATTIVARE LA COPERTURA INTEGRATIVA

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 AON S.p.A. presso:  
**UNICREDIT S.p.A.**  
**Fil. Operativa Milano Metropolitana**  
**Via Broletto, 16 20121 MILANO**  
**IBAN: IT 84 K 02008 09434 000500073869**  
**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.

### NOTA IMPORTANTE

**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.**



## COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

1. Nel caso di infortunio il tesserato (atleta/dirigente), mediante l'accesso all'apposita sezione del portale [www.federvolley.it](http://www.federvolley.it) - tesseramento online, **entro 30 giorni dalla data del sinistro**, dovrà **effettuare la relativa denuncia** utilizzando il modulo ASS2, per il cui inoltro è comunque prevista l'apposizione della firma digitale da parte del Presidente della Società.
2. Il sistema del Tesseramento on-line della FIPAV provvederà automaticamente ad inoltrare tutte le denunce di infortunio pervenute.
3. Il tesserato, dopo aver effettuato la denuncia on-line, riceverà una comunicazione dalla Compagnia Assicuratrice con il numero del sinistro ed i recapiti del centro di liquidazione danni con il quale dovrà prendere contatti per la definizione della pratica.
4. Inoltre il tesserato dovrà:
  - Documentare, fornendo la documentazione medica relativa al decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
  - Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni 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 e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.
5. Tutta la documentazione relativa alla liquidazione ed alla chiusura dell'infortunio dovrà essere inviata **entro il termine di legge di un anno dalla data dell'infortunio**. In mancanza, trascorso tale termine, l'infortunio verrà chiuso senza seguito.

Per qualsiasi informazione il numero 06/77276238 è a disposizione, dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00 e il martedì e giovedì anche dalle ore 15:00 alle ore 17:00. In alternativa è possibile utilizzare l'indirizzo di posta elettronica **[sinistri.federvolley@aon.it](mailto:sinistri.federvolley@aon.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.



## NOTE IMPORTANTI PER L'APERTURA SINISTRO

- ✓ La **matricola tesserato (atleta o dirigente)** è il numero che identificherà l'assicurato. In ogni caso è opportuno verificare i dati anagrafici prima della compilazione e dell'inoltro della denuncia, poiché gli stessi non sono visibili e modificabili durante la compilazione del modulo "denuncia infortunio". E' pertanto auspicabile che l'anagrafica dell'interessato venga verificata ed eventualmente corretta (nella sezione "dati anagrafici") prima della compilazione del modulo ASS2.
- ✓ È possibile inserire eventuali comunicazioni e/o informazioni utili per la Compagnia Assicuratrice.
- ✓ Si invitano le Società a stampare dalla home page le denunce inoltrate e di consegnarne una copia all'interessato. E' inoltre auspicabile che le società ne conservino copia agli atti .
- ✓ Si precisa che il modello ASS2, una volta compilato in ogni sua parte e firmato digitalmente, viene automaticamente salvato dal sistema. Solo previa firma digitale e successivamente al salvataggio potrà essere stampato ad uso interno della società.
- ✓ Si precisa che:
  - la firma digitale certifica l'invio della denuncia stessa;
  - il codice della denuncia è solo un numero sequenziale generato automaticamente dal sistema, e non rappresenta il numero di pratica che identifica il sinistro per la Compagnia Assicuratrice.
- ✓ **IN NESSUN CASO copia del modello ASS2 e/o di altra documentazione relativa al sinistro dovrà essere inviata a FIPAV.**



### POSIZIONE ASSICURATIVA ATLETI IN PRESTITO PER UN SOLO CAMPIONATO (L1)

In merito alle procedure da seguire sul tesseramento on-line, si evidenzia quanto segue:

- L'atleta può essere inserito nel modello ASS1 sia dalla squadra di appartenenza (squadra A), che dalla squadra che riceve il prestito (squadra B), a seconda della volontà delle Società.
- Sia la squadra d'appartenenza (A), che di destinazione (B), possono decidere di estendere la copertura integrativa facoltativa.
- La copertura assicurativa per l'atleta in prestito effettuata mediante l'inserimento nel modulo ASS1, o con il pagamento di copertura integrativa (ASS3), è nominale ed è attiva in quanto tesserato FIPAV, indipendentemente dal campionato in cui si può verificare il sinistro.
- **Varrà sempre il grado di copertura più alto, indipendentemente dalla società che ha provveduto a effettuare l'estensione o che ha inserito l'atleta nel modulo ASS1. .**
- Eventuali casi di doppie coperture per lo stesso atleta, non saranno rimborsate. E' auspicabile che siano le società interessate ad accordarsi in merito.