



## **CIRCOLARE N. 38 DELL'8 MARZO 2013**

**Lega Italiana Calcio Professionistico**

Alle Società  
di 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> Divisione  
della Lega Italiana Calcio Professionistico  
LORO SEDI

### **Assicurazione integrativa Unipol**

La Lega Italiana Calcio Professionistico, di intesa con la AIC (Associazione Italiana Calciatori), ha stipulato una polizza infortuni, denominata "Integrativa Inail", con la Compagnia Unipol Assicurazioni S.p.A. Tale polizza, emessa ad integrazione della garanzia Inail, prevede una franchigia, per il caso dell'invalidità permanente, di 15 punti percentuali; è quindi operativa solo per eventi di una certa gravità. Per tutti gli eventi sotto tale soglia, l'apertura dell'infortunio deve essere comunicata esclusivamente all'INAIL.

Il fac-simile del modulo di denuncia e richiesta indennizzo, scaricabile dal sito, dovrà essere spedito a mezzo raccomandata a/r alla:

Unipol Assicurazioni spa  
Assieur consulting srl  
Viale Cesare Pavese, 271  
00144 Roma

oppure può essere inviato via mail al seguente indirizzo di posta elettronica:  
[vincenzo.colonna@agenzie.unipolassicurazioni.it](mailto:vincenzo.colonna@agenzie.unipolassicurazioni.it)

Per ogni chiarimento o informazione potrà essere contattata l'Agenzia di ROMA ASSIEUR CONSULTING ai numeri 06.5005186 - 06.5010597 Responsabile sig. Andrea Polimeno Referente sinistri Sig. Vincenzo Colonna.

Cordiali saluti.

**IL PRESIDENTE**  
(Rag. Mario Macalli)



Compilare e inviare solo tramite posta a: UNIPOL ASSICURAZIONI SPA  
ASSIEUR CONSULTING SRL  
VIALE CESARE PAVESE 271  
00144 ROMA



## MODULO DI RICHIESTA DI INDENNIZZO

### PRIVACY

In ottemperanza al Decreto Legislativo n°196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) Le rendiamo noto che i Suoi dati personali presenti nella scheda saranno trattati da Unipol Assicurazioni S.p.A. ed Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. nella loro veste di contitolari del trattamento per finalità assicurative/liquidative e saranno utilizzati con modalità e procedure strettamente necessarie per provvedere alla trattazione ed alla liquidazione del sinistro, secondo quanto dettagliatamente indicato nell'informativa privacy riportata sul sito [www.unipol.it](http://www.unipol.it). Lei ha il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto, ai sensi dell'artt. 7-10 del D.Lgs.196/2003, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di richiederne il blocco o di opporsi per motivi legittimi al loro trattamento, rivolgendosi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso il titolare del trattamento Unipol Assicurazioni S.p.A. – Via Stalingrado n°45 – Bologna - fax 051/5076633 – e-mail: [privacy@unipolassicurazioni.it](mailto:privacy@unipolassicurazioni.it), Polizza LEGA ITALIANA CALCIO PROFESSIONISTICO n. 39178 /77/ 81676227.

Sulla base di quanto sopra, Le chiediamo di esprimere il consenso al trattamento dei dati apponendo la Sua firma nel rigo seguente.

**FIRMA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI** ⇨ .....  
**(Senza il suddetto consenso saremmo impossibilitati a dare seguito alla richiesta di indennizzo)**

### ASSICURATO:

Cognome		Nome	
Indirizzo			
Cap		Città e provincia	
Codice Fiscale		Telefono	
Cellulare		Mail	

### DATI BANCARI PER IL PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO (scrivere in stampatello):

Codice IBAN \_\_\_\_\_, Banca \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

**NB: in mancanza dei dati bancari il sinistro verrà liquidato con assegno bancario non trasferibile.**

### TIPO DI SINISTRO VERIFICATOSI (barrare e compilare il caso che ricorre):

**Ricovero** presso la seguente struttura: \_\_\_\_\_

**documentazione da allegare:** copia integrale della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura.

**Day hospital** presso la seguente struttura: \_\_\_\_\_

**Intervento chirurgico ambulatoriale o pronto soccorso** presso la seguente struttura: \_\_\_\_\_

**Altro**

**Si ricorda che occorre allegare, laddove esistente, copia integrale della cartella clinica o documento equivalente rilasciato dall'istituto di cura, che attesti i giorni nei quali è avvenuto il ricovero, i motivi, le prestazioni sanitarie erogate.**

Periodo di degenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Spazio riservato all'Unipol

Denuncia ricevuta il	
Numero sinistro	Inviato a CLG il

## Modulo Denuncia Infortunio

### ***Dati Anagrafici dell'Infortunato***

Cognome		Nome	
Indirizzo			N.° Civico
Comune			Prov.
C.A.P.	Telefono		
Data e Luogo di nascita	Codice Fiscale		
Società di appartenenza			

### ***Dati anagrafici di entrambi i genitori (in caso di minore infortunato)***

#### **Padre**

Cognome		Nome	
Indirizzo			N.° Civico
Comune			Prov.
C.A.P.	Telefono		
Data Luogo di nascita	Codice Fiscale		

#### **Madre**

Cognome		Nome	
Indirizzo			N.° Civico
Comune			Prov.
C.A.P.	Telefono		
Data Luogo di nascita	Codice Fiscale		

### ***Conseguenze dell'infortunio***

Descrizione delle lesioni provocate dall'infortunio
---

## Modulo Denuncia Infortunio

### *Estremi dell'infortunio*

Data dell'infortunio	Ora dell'infortunio
Luogo dell'infortunio	
Comune	Prov.
Descrizione circostanziata della dinamica dell'infortunio	

### **Eventuali testimoni dell'infortunio**

Cognome	Nome
Indirizzo	N.° Civico
Comune	Prov.
C.A.P.	Telefono

Cognome	Nome
Indirizzo	N.° Civico
Comune	Prov.
C.A.P.	Telefono

### *Conseguenze dell'infortunio*

Descrizione delle lesioni provocate dall'infortunio
---

## Modulo Denuncia Infortunio

Esiste un certificato medico?:

 SI NO

Numero di giorni di prognosi:

L'infortunato è stato ricoverato?:

 SI NO

Numero giorni di ricovero:

### ***Dati della Società di appartenenza***

Società	
Indirizzo	N.° Civico
Comune	Prov.
C.A.P.	Telefono
Data affiliazione	Numero affiliazione

**Luogo/ Data della denuncia**

**Firma**

---

---