

**NORME DA SEGUIRE IN CASO DI INFORTUNIO CONVENZIONE CONI**

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 15 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.**

- 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;
- copia conforme cartella clinica ( ove si fosse reso necessario ricovero)

**\*\*\* ATTENZIONE \*\*\***

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

**DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:**

- modulo di denuncia debitamente compilato;
- 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 CONI  
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: \_\_\_\_\_

SPECIALITA'/DISCIPLINA SPORTIVA: \_\_\_\_\_

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI – GIOCOSPORT – NUOVI GIOCHI DELLA GIOVENTU' – CAS – ALTRA MANIFESTAZIONE  
(barrare la disciplina esercitata)

NOME ORGANIZZATORE \_\_\_\_\_ DATA MANIFESTAZIONE \_\_\_\_\_

**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 DELL'ORGANIZZATORE**

ORGANIZZATORE \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_ PROV.: \_\_\_\_\_

COMUNE: \_\_\_\_\_ INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA

TIMBRO E FIRMA

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'fortunato 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. – Compagnia Assicuratrice

## 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 Compagnia Assicuratrice, 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. alla Compagnia Assicuratrice, 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 la Compagnia Assicuratrice in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, con sede in Via Stalingrado, 45 40128 Bologna;
- 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 la Compagnia Assicuratrice in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, domiciliato presso la sede dell'Unipol Assicurazioni.

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. e la  
 Compagnia Assicuratrice, 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. e la  
 Compagnia Assicuratrice il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei miei dati personali sensibili.

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

**NORME DA SEGUIRE IN CASO DI RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI - CONI**

Compilare il modulo di denuncia responsabilità civile contro terzi 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.**

- fotocopia codice fiscale;
- consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto;
- eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto;
- eventuale copia del verbale redatto da Giudici di Gara (se l'evento è avvenuto durante una competizione)
- eventuale copia del verbale redatto dall'Autorità intervenuta sul luogo del sinistro.

**\*\*\* ATTENZIONE \*\*\***

**IL DANNEGGIANTE DOVRA' INFORMARE IL DANNEGGIATO DI RIVOLGERSI PER INFORMAZIONI SULLA TRATTAZIONE DEL SINISTRO AD AON S.p.A. Tel. 06/77276238 Fax 06/77276280**

**il danneggiato nel caso di danni a cose dovrà produrre:**

- richiesta danni;
- preventivo, fattura o comunque giustificativi spese ( in originale);
- fotografie dei particolari danneggiati;
- copia del libretto di circolazione (nel caso l'oggetto danneggiato fosse un autoveicolo);
- eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto;

**nel caso di lesioni personali dovrà produrre:**

- documentazione medica;
- giustificativi spese mediche ( in originale);
- certificato di guarigione;
- eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto

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

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

**CONVENZIONE CONI**  
**MODULO DI DENUNCIA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI**  
 (DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

**DATI ANAGRAFICI DEL DANNEGGIANTE**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

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

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

COMUNE: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NATO A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

SPECIALITA' / DISCIPLINA SPORTIVA: \_\_\_\_\_

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI – GIOCOSPORT – NUOVI GIOCHI DELLA GIOVENTU' – CAS – ALTRA MANIFESTAZIONE  
 (barrare la disciplina esercitata)

NOME ORGANIZZATORE \_\_\_\_\_ DATA MANIFESTAZIONE \_\_\_\_\_

**ESTREMI DEL SINISTRO**

DATA SINISTRO: \_\_\_\_\_ GARA/ALLENAMENTO: \_\_\_\_\_

LUOGO: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO: \_\_\_\_\_

SONO INTERVENUTE AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA? SE SI QUALI?

POLIZIA  CARABINIERI  VIGILI URBANI  DELLA LOCALITA': \_\_\_\_\_

DANNI PROVOCATI: \_\_\_\_\_

TESTIMONI PRESENTI AL FATTO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ LUOGO: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

**DATI DANNEGGIATO**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

COMUNE: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DA COMPILARSI A CURA DELL'ORGANIZZATORE**

L'ORGANIZZATORE \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_ PROV.: \_\_\_\_\_

COMUNE: \_\_\_\_\_ INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ TIMBRO E FIRMA: \_\_\_\_\_

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

## AON S.p.A. – Compagnia Assicuratrice

## INFORMATIVA

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

Egregio Assicurato La informiamo che:

- 9) I Suoi dati personali sono necessari al fine di consentire alla AON S.p.A. ed alla Compagnia Assicuratrice di trattare il Suo sinistro; il trattamento dei Suoi dati potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o comunque automatizzati;
- 10) Il conferimento dei Suoi dati personali, salvo che non venga reso obbligatorio da successive forme di Legge, è facoltativo;
- 11) 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;
- 12) 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;
- 13) I Suoi dati verranno trasmessi dalla AON S.p.A. alla Compagnia Assicuratrice. 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;
- 14) 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;
- 15) 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 la Compagnia Assicuratrice in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, con sede in Via Stalingrado, 45 40128 Bologna;
- 16) 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 la Compagnia Assicuratrice in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, domiciliato presso la sede dell'Unipol Assicurazioni.

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. e la  
 Compagnia Assicuratrice. 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. e la  
 Compagnia Assicuratrice il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei miei dati personali sensibili.

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