



ESTRATTO ASSICURATIVO Polizza Reale Mutua Infortuni nr. 2018/05/2757458

La garanzia assicurativa è valida unicamente per gli infortuni che potessero occorrere ai tesserati durante corsi, gare e allenamenti che prevedono anche contatti fisici.

L'assicurazione s'intende estesa anche agli infortuni che potessero occorrere agli assicurati per recarsi collegialmente ai luoghi dove si svolgono gli allenamenti, dimostrazioni e gare, purché gli spostamenti siano effettuati con mezzi pubblici (compresi pullman) con esclusione degli aerei.

La garanzia è valida per le persone di età compresa fra i 5 e i 75 anni.

INFORTUNI

Ogni atleta all'atto dell'iscrizione è assicurato per i seguenti capitali

Morte	80.000,00
Invalidità Permanente	80.000,00
Rimborso spese di cura a seguito ricovero con almeno 3 pernottamenti	1.600,00
Indennità di ricovero	36,00 al giorno

Relativamente al caso di Invalidità Permanente si conviene che:

1. non si darà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente non sia superiore al 7%
2. se l'invalidità permanente supera il 7% ma non il 25% della totale, l'indennizzo verrà liquidato soltanto per la parte eccedente il 7%
3. se l'invalidità supera il 25% della totale, l'indennità verrà liquidata senza alcuna franchigia
- se l'invalidità è pari o superiore al 70% della totale, l'indennità verrà liquidata in misura pari al 100% del capitale assicurato

La garanzia è unicamente valida per gli infortuni che potessero occorrere durante gare, dimostrazioni e relativi allenamenti anche nell'ambito extraeuropeo.

L'attivazione dell'assicurazione avrà inizio dalle ore 24 del giorno della comprovata iscrizione alla federazione.

RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI "ALLIEVI" Polizza nr. 2009/03/2048741

Unitamente alla garanzia "infortuni" ogni atleta "allievo" è coperto di assicurazione per la responsabilità Civile Personale nei confronti degli altri atleti fino a 1.000.000,00 di EURO esclusivamente durante le gare o manifestazioni organizzata dalla Federazione.

ISTRUTTORI/MAESTRI/DIRETTORI TECNICI - CONTO CORRENTE NUOVO DA SETTEMBRE 2013

E' possibile aprire una polizza cumulativa al fine di assicurare ogni Istruttore qualificato per la sua Responsabilità civile per lesioni a terzi (allievi) durante l'insegnamento. Chi fosse interessato potrà versare l'importo di **Euro 25,00** sul c/c postale : n. **1010483806** intestato a L.B.L. REALE MUTUA – AG. DI ALESSANDRIA – CORSO MARENGO 75 – 15067 NOVI LIGURE. Indicando chiaramente nella causale: Rinnovo assicurazione R.C. ISTRUTTORE FIKBMS Tessera n. e nome del club di appartenenza. Per eventuali informazioni anche sulla possibilità di convenzioni su attivazione assicurazione di più istruttori appartenenti allo stesso club è pregato di contattare direttamente l'ufficio assicurativo di **BACCHIN GIORGIO e FABIO - Via Solferino 18 - 15053 CASTELNUOVO SCRIVIA (AL)**
Tel./Fax 0131/1955922 – email: gs.bacchin@gmail.com .



COSA FARE IN CASO DI INFORTUNIO

1. Compilare la DENUNCIA di apertura infortunio, in carta semplice, e farla avere:
 - a. In originale, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno entro 15 giorni dall'accaduto, con allegato le certificazioni sanitarie e il modulo del consenso al trattamento dei dati personali al
Broker Assicurativo : BACCHIN GIORGIO e FABIO
Via Solferino 18 - 15053 CASTELNUOVO SCRIVIA (AL)
Tel./Fax 0131/1955922 – email: gs.bacchin@gmail.com .
 - b. Una copia della sola denuncia per conoscenza a mezzo email o fax alla
F.I.KBMS – segreteria@fikbms.net - Fax 0392328901
2. Allegare alla DENUNCIA che inviate a Bacchin, il Certificato Medico attestante la diagnosi delle lesioni e la prognosi. Le comunicazioni e i certificati vanno inoltrati di volta in volta finché non vi è la chiusura dell'infortunio.
3. Allegare alla denuncia, pena la non accettazione della domanda, fotocopia della tessera CARD FIKBMS in corso di validità, o la scheda attestante l'avvenuto tesseramento.
4. Il broker prenderà in esame la denuncia e la invierà all'Agenzia di Zona più vicina al luogo di residenza dell'infortunato.
5. Per ulteriori informazioni relative alla pratica si richiede di rivolgersi direttamente al Signor Giorgio Bacchin Giorgio tel. 3356006597 e Bacchin Fabio tel. 3480347735
6. Raccomandazione trattenersi sempre una copia di tutti gli incartamenti inoltrati.

UN'AVVERTENZA!!

Potrà eventualmente essere richiesta altra documentazione medica come esami e radiografie ed anche di sottoporsi a visita da parte di un medico della Compagnia.

Tutela Dati Personali vedasi Informativa Reale Mutua in allegato

Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è la FIKBMS per i dati comunicati con il modulo denuncia
E i Brokers Signori Bacchin Giorgio e Fabio per i tutti dati comunicati relativi
all'infortunio.



MODULO PER LA DENUNCIA DI UN INFORTUNIO

COMPILARE IL PRESENTE MODULO, E INVIARLO SECONDO LE MODALITA' ESPOSTE A PAGINA 1, ENTRO 15 GIORNI DALL'ACCADIMENTO DELL'INFORTUNIO A MEZZO RACCOMANDATA.

Dati dell'Infortunato (Assicurato):

Cognome		Nome	
Paternità (in caso di Minore)			
Indirizzo: via, n. civico			
Località, Città			
CAP	Prov.	Telefono (obbligatorio) Fisso e/o Mobile :	
E-Mail			
Attività/Disciplina Sportiva :			
Numero Tessera F.I.KBMS		Data rilascio :	Data Rinnovo :
Qualifica dell'Infortunato (Atleta, Dirigente, Tecnico, ecc)			
Rif.Copertura Assicurativa	Agenzia di Novi L. - Ramo Infortuni - Polizza F.I.KBMS		
Agenzia	BACCHIN GIORGIO e FABIO - Via Solferino 18 - 15053 CASTELNUOVO SCRIVIA (AL)		

Dati della Società Sportiva di Appartenenza:

Ragione Sociale		Cod.Id. FIKBMS
Indirizzo: via, n. civico		
Località Città		
CAP	Prov.	Telefono (obbligatorio) fisso e/o mobile
Regione :	Email (obbl.)	

Estremi del sinistro:

Data	gg/mm/aaaa	ora/
Località		
CAP:	Prov:	Gara / Allenamento :

Descrizione chiara e circostanziata dell'infortunio:

Documenti da allegare in originale:		
<input type="checkbox"/>	Referto Pronto Soccorso	
<input type="checkbox"/>	Fotocopia Tessera F.I.KBMS	
<input type="checkbox"/>	Certificato Medico	
<input type="checkbox"/>	Altro	
Eventuali testimoni:		
Cognome/nome _____	Indirizzo _____	Tel. _____
Infortuni precedenti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lesioni riportate nell'occasione	in data _____	

Autorità intervenute: (indicare Carabinieri, Polizia di Stato, etc / località / contravvenzioni)

--

Io sottoscritto, tenuto conto dell'informativa resami ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute) ai soggetti individuati nell'informativa stessa per le finalità contenute nell'informativa e consapevole che in mancanza di consenso risulta oggettivamente impossibile dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni
presto il suo consenso

- per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa;
- per il trattamento dei dati contenuti nel presente documento, ed in quelli allegati, necessari allo svolgimento dell'attività richiesta,
- per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa,

per la comunicazione e diffusione dei dati contenuti nel presente documento, ed in quelli allegati, ai soggetti collegati direttamente o indirettamente a F.I.KBMS per lo svolgimento dell'attività richiesta con la sottoscrizione del presente modulo.

Data inoltro	Firma del Legale Rappresentante di Società	Firma del Richiedente se minore firma del genitore