

PROCEDURA DI REGISTRAZIONE E DENUNCIA SINISTRO

Convenzione assicurativa
2018-2022

Al fine di procedere alla denuncia di un sinistro, infortuni o R.C.T., è necessario che il denunciante proceda ad una preventiva registrazione on line nella presente sezione Assicurazione

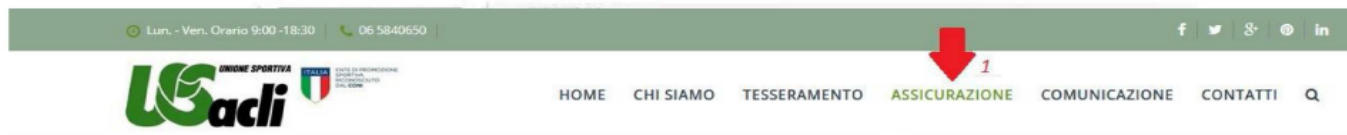
[HOME](#)[CHI SIAMO](#)[ATTIVITA' SPORTIVE](#)[TESSERAMENTO](#)[ASSICURAZIONE](#)[CONTATTI](#)

Giornata Nazionale
L'US accli
SPORT
CHE
VOGLIAMO
PARTECIPATO
INCLUSIVO
AGGREGANTE
INTERETNICO
PULITO
POPOLARE
ACCESSIBILE
SEMPLICE
SOCIALE
EDUCATIVO
ACCOGLIENTE
comunità

Ufficio assicurazione nazionale



Si apre questa pagina, leggere o scaricare il PDF, e cliccare su
REGISTRAZIONE ON LINE



Assicurazione 2018 - 2022

Oggetto dei Contratti:

La Copertura dei rischi a cui sono soggetti i Tesserati, le Associazioni affiliate e i Comitati US Acli ai vari livelli limitatamente alle condizioni contrattuali sottoscritte tra US Acli e la Compagnia Cattolica.

I contratti saranno pubblicati, visionabili e scaricabili dal sito istituzionale www.usacli.org nella sezione Contratti e Modulistica presente nella sezione «Assicurazione».

Validità e decorrenza:

Affiliazioni e tessere hanno sempre validità di 365 giorni con scadenza massima al giorno 31 dicembre (per le tessere rilasciate dal 1° gennaio al 31 agosto di ciascun anno).

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo assicurato decorre dalle ore 24,00 del giorno di emissione della tessera, tranne il caso in cui il pagamento sia avvenuto con bonifico bancario; in tal caso la copertura decorrerà dall'orario e data certa del bonifico stesso.

Per le Società affiliate la decorrenza della copertura è operante dalle ore 24.00 della data di vidimazione trascritta sul certificato rilasciato da parte della Sede Nazionale US Acli.



Gestione Sinistri

Registrazione OnLine

Rinnovo RC

Rinnovo Infortuni

Guida Operativa Apertura Sinistri

F.A.Q.

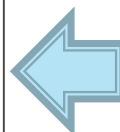
Selezionare la tipologia di sinistro che si intende denunciare.

Da selezionare in caso di infortunio avvenuto durante lo svolgimento dell'attività sportiva.



Seleziona il tipo di sinistro che vuoi segnalare:

| Infortunio | Responsabilità civile |
|---|--|
|  |  |



Da selezionare nel caso in cui si sia ricevuta una richiesta risarcimento danni da parte di un terzo.

Effettuata la scelta della tipologia di denuncia che si intende sporgere, si aprirà una nuova pagina in cui verrà richiesto di compilare tutti i campi indicati.

Compilare tutti i campi indicati nel modulo sotto riportato

(il nominativo prescelto è un nominativo puramente fittizio e viene usato solo a titolo di esempio)

Modulo per registrazione persona fisica sia
in caso di denuncia infortunio che R.C.T.



Seleziona il tipo di sinistro che vuoi segnalare:

| | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Cognome *: | Rossi |
| Nome *: | Mario |
| Luogo di nascita *: | Roma |
| Data di nascita *: | 15/01/1973 |
| Codice fiscale *: | RSSMRA73A15H501J |
| Società di appartenenza: | NUCLEO SEDE NAZIONALE US ACLI |
| Codice di affiliazione società: | 13466 |
| Numero tessera: | 12345 |
| Data infortunio *: | 03/10/2015 |
| e-Mail *: | mario.rossi@email.it |
| Telefono *: | 3333333333 |
| Tipo infortunio *: | Invalità permanente ▼ |

Codice di sicurezza antispam.



Non leggibile? Ricarica captcha.

*

Questo controllo serve a ridurre sensibilmente lo spam inviato tramite i form HTML.


Modulo per registrazione persona giuridica
in caso di denuncia in ambito R.C.T.



Seleziona il tipo di sinistro che vuoi segnalare:

| | |
|------------------------|-------------------------------|
| Ragione sociale *: | NUCLEO SEDE NAZIONALE US ACLI |
| Codice affiliazione *: | 13466 |
| e-Mail *: | mario.rossi@email.com |
| Telefono *: | 11111111111111 |
| Regione *: | EMILIA-ROMAGNA ▼ |
| Provincia *: | BARLETTA-ANDRIA-TRANI (BT) ▼ |

Codice di sicurezza antispam.




Non leggibile? Ricarica captcha.

*

Questo controllo serve a ridurre sensibilmente lo spam inviato tramite i form HTML.

Ufficio assicurazione nazionale

**Ecco la mail che conferma la registrazione con il riepilogo dei dati inseriti.
Seguirà una seconda e-mail con un link da cliccare (AON) e allegati da scaricare,
leggere e stampare.**

| | | |
|--|--------|---|
|  Invia | Da ▼ | tesseramento.usacli@acli.it |
| | A... | <input type="text" value="mario.rossi@email.it"/> |
| | Cc... | <input type="text"/> |
| | Ccn... | <input type="text"/> |
| Oggetto | | Registrazione Rossi Mario |

Egr. Sig. Rossi,

La informiamo che i dati da Lei forniti sono stati acquisiti dal nostro sistema informatico. Tra alcuni giorni riceverà una seconda e-mail contenente il certificato di tesseramento e l'indicazione di un link da cliccare per registrarsi sul sito AON e poter procedere alla denuncia del sinistro.

Cognome => ROSSI
Nome => MARIO
Luogo di nascita => 15/01/1973
C.F.: => RSSMRA73A15H501I
Società => Nucleo Sede Nazionale Us Acli
Codice affiliazione => 12345
Data infortunio => 03/10/2015
E-mail => mario.rossi@email.it
Telefono => 3333333333
Tipo infortunio => Invalidità permanente

CONTATTI: Alessandra Tacchini
Ufficio assicurativo Us Acli
Tel. 06.5840230 – Fax 06.5840564
E-mail: assicurazione@us.acli.it

Emiliano Cogni
Responsabile del Coordinamento Servizi e procedure Assicurative
Cell. 347.2431917 – Tel. 010.2530410 – Fax 010.2478511
E-mail: emiliano.cogni@acli.it

Ufficio Assicurativo US Acli

Alessandra Tacchini

Via Giuseppe Marcora, 18/20 - 00153 Roma
tel. 065840.230 fax. 065840.564
email: assicurazione@us.acli.it

Qui di seguito riportiamo il testo della seconda e-mail inviata dagli uffici della Sede Nazionale US Acli contenente il certificato di tesseramento e il link cliccando sul quale si potrà procedere all'effettivo inserimento del sinistro.

| | | |
|---------|--------|--|
| Invia | Da ▼ | assicurazione@us.acli.it |
| | A... | mario.rossi@email.it |
| | Cc... | emiliano.cogni@acli.it ;  Anna Del Corona; assicurazione.usadi@acli.it |
| | Ccn... | |
| Oggetto | | Allegato certificato di tesseramento |

Egr. Sig. Rossi,
a seguito della Sua richiesta di registrazione on-line, Le trasmettiamo, in allegato, copia della "Certificazione di tesseramento" per completare l'iter della denuncia.

Di seguito indichiamo il link cliccando sul quale si potrà procedere alla denuncia del sinistro: <http://servizi>.....

Cordiali saluti

Ufficio Assicurativo US Acli

Alessandra Tacchini

Via Giuseppe Marcora, 18/20 - 00153 Roma

tel. 065840.230 fax. 065840.564

email: assicurazione@ua.acli.it

Ufficio assicurazione nazionale



CERTIFICAZIONE DI TESSERAMENTO

INFORTUNIO/RC ASSOCIATO - ASD _____

| | |
|---|------------------|
| COGNOME | ROSSI |
| NOME | MARIO |
| LUOGO E DATA DI NASCITA | ROMA 01/01/1970 |
| C.F. | FGHTYULAKSHJAAAA |
| SOCIETÀ D' APPARTENENZA (Cod. Aff + denominazione) | NOME ASD |
| COMUNE SOCIETÀ | COMUNE |
| CAP SOCIETÀ | 24040 |
| PROVINCIA SOCIETÀ | PROVINCIA |
| INDIRIZZO SOCIETÀ | VIA |
| REGIONE SOCIETÀ | REGIONE |
| TIPOLOGIA TESSERA | TESSERA |
| N° TESSERA | 111111111111111 |
| DATA RILASCIO | 08/01/2016 |

N.B.

*La copertura assicurativa è operante dalle ore 24,00 della data di rilascio per un massimo di 365 giorni e comunque non oltre il 31/12 dell'annualità sportiva riportata sulla tessera.
Il tesseramento è riservato e rilasciato a tutti gli aderenti/iscritti a USACLI e copre tutte le attività sportive e non, esclusivamente nei termini previsti dalle garanzie assicurative così come riportate in polizza.*

UFFICIO TESSERAMENTO

Unione Sportiva Accli - Presidenza Nazionale
Via Giuseppe Marcora, 18/20, 00153 Roma - Tel. 06.5840650 fax 06.5840564

Ufficio assicurazione nazionale

Ecco la pagina che si aprirà cliccando sul link ricevuto nella seconda e-mail

Selezionare la voce “Registrati” presente sulla pagina aperta cliccando sul link ricevuto a mezzo e-mail



The screenshot shows a web browser window with the URL <https://servizi-it.aongate.it/AonSportFedV2/?idFed=22>. The page features the AON Sport FED logo and a welcome message. On the left, there are links for 'Registrati' and 'Cambia password'. On the right, there is a login form with fields for 'Utente' and 'Password', and an 'Accedi' button. A red arrow points from the text above to the 'Registrati' button, and another red arrow points from the text below to the 'Accedi' button. A blue arrow points from the 'Hai dimenticato la password?' link to the 'Cambia password' button.

AON Sport FED

Gentile cliente,
benvenuto nell'applicazione per la denuncia infortuni.

Non sei ancora registrato?

Hai dimenticato la password?

Registrati

Cambia password

Utente
Inserisci l'utente

Password
Inserisci la password

Accedi

Copyright © 2014 Aon Inc. All Rights Reserved.

Se si sono denunciati in precedenza altri sinistri e si è già registrati, inserisci il tuo indirizzo e-mail e la tua password; poi clicca su “Accedi”

Ufficio assicurazione nazionale

Se hai cliccato su «REGISTRATI»
digita la tua e-mail, una password, la confermi
e clicca su REGISTRAZIONE

Assicurazione 2015-2016 x Registrare - x

Aon Sport FED

Gentile cliente,
benvenuto nell'applicazione per la denuncia infortuni.

Hai già un account?

Accedi

Hai dimenticato la password?

Recupera password

Email
mario.rossi@email.it

Password

Conferma password

Registrazione

Copyright © 2014 Aon Inc. All Rights Reserved

Accedere al sistema attraverso l'inserimento delle credenziali create e selezionare la tipologia di denuncia che si intende sporgere.

Scelta della Federazione

Scelta del tipo di denuncia

Dati Anagrafici

Estremi

Società affiliata

Trattamento Dati Personali

Riepilogo

Selezionare il tipo di denuncia

Infortunio

RC Danni a terzi



Da selezionare in caso di infortunio avvenuto durante lo svolgimento dell'attività sportiva.

Da selezionare nel caso in cui si sia ricevuta una richiesta risarcimento danni da parte di un terzo.

Ufficio assicurazione nazionale



Compilare i dati richiesti facendo attenzione ad inserire, nella sezione dedicata al tesseramento, esattamente i dati riportati sul certificato di tesseramento ricevuto nella seconda e-mail.

Benvenuto, mario.rossi@email.it

ENTE US ACLI

Scelta della Federazione

Scelta del tipo di denuncia

Dati Anagrafici

Estremi

Società affiliata

Trattamento Dati Personali

Riepilogo

Inserire i dati anagrafici

Dati Anagrafici Infortunato

Codice Fiscale(*)

rssmra73a15h501j

Cognome(*)

Mario

Nome(*)

Rossi

Data di nascita(*)

15/01/1973

Sesso(*)

M

Luogo di nascita(*)

Roma

Email infortunato(*)

mario.rossi@email.it

Copertura integrativa(*)

SI

Informazioni di Residenza

Regione(*)

-- Seleziona --

Provincia(*)

-- Seleziona --

Città(*)

-- Seleziona --

Ufficio assicurazione nazionale



Allegare copia del verbale di Pronto Soccorso o della prima documentazione medica in proprio possesso al momento della denuncia (vedi schermata qui di seguito riportata).

AON Sport FEDElenco denunce

Sceita della Federazione

Sceita del tipo di denuncia

Dati Anagrafici

Estremi

Società affiliata

Trattamento Dati Personali

Caricamento documentazione

Riepilogo

Documenti

Inserimento documentazione necessaria per la corretta istruzione della pratica (in formato pdf,tif,tiff,jpg,jpeg,bmp,png):

- prima documentazione medica o eventuale verbale di pronto soccorso

Descrizione

File

Sfoglia...

Carica File

Documenti inseriti

| File | Descrizione | Data Caricamento | |
|------|-------------|------------------|--|
| | | | |

Successivo

Al termine il sistema
invierà
automaticamente
un'e-mail
riepilogativa che
conferma la presa in
carico della denuncia.

SERVIZIO AONSPORT - Riepilogo Denuncia

DATA: 01/1970
NUMERO DENUNCIA: 20245
UTENTE: mario.rossi@email.com
FEDERAZIONE: ENTE USACLI
TIPO DENUNCIA: Infortunio
NOME: MARIO
COGNOME: ROSSI
DATA DI NASCITA: 01/01/1970
LUOGO DI NASCITA: ROMA
CODICE FISCALE: XXXXXXXXXXXXXXXX
EMAIL INFORTUNATO: mario.rossi@acli.it
COPERTURA INTEGRATIVA: SI
ATLETA NAZIONALE: NO

GENITORI:

Nome:N/D Data di nascita:N/D Codice Fiscale:N/D

RESIDENZA: via roma, 11111

TELEFONO: 111-11111111

DISCIPLINA: calcio

N° Tessera: 11111111(01/01/1970)

SOCIETA'/DENOMINAZIONE GARA:

LUOGO INFORTUNIO: Roma (RM)]

MOMENTO INFORTUNIO: Gara

DATA INFORTUNIO: 01/01/10970

ATLETA SOTTO CONVOCAZIONE

NAZIONALE: NO

TESTIMONI:

Nome: MARIO **Data di nascita :** 01/01/1970 **Codice**

Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXXX

TIPO LESIONE: AMPUTAZIONI

REGIONE CORPOREA: ARTI SUPERIORI

ARTO: -

SOCIETA AFFILIATA: SEDE NAZ

NUMERO AFFILIAZIONE: 111111

DATA AFFILIAZIONE: 01/01/1970

INDIRIZZO: VIA ROMA,1111111- ROMA

E-MAIL: palestra@email.com

DOCUMENTO ALLEGATO: Verbale di Pronto Soccorso

Attenzione. Questo è un messaggio automatico. NON rispondere a questa mail

Ufficio assicurazione nazionale



Successivamente, direttamente la Compagnia Cattolica Assicurazioni, invierà al Tesserato un'e-mail contenente le seguenti indicazioni:

- ▶ Numero con cui è stato rubricato il sinistro;
- ▶ Nominativo del liquidatore incaricato della gestione con cui il Socio dovrà interfacciarsi con tutti i suoi riferimenti;
- ▶ Elenco della documentazione necessaria per consentire al liquidatore di procedere alla valutazione del danno ed alla conseguente liquidazione a termini di polizza (Vedi bozza riportata nella seguente diapositiva).

Bozza della comunicazione che il Tesserato riceverà direttamente dalla Compagnia contenente indicazioni in merito alla corretta gestione della pratica di sinistro.

| Dati del caso assicurativo | |
|----------------------------|-------------|
| N° sinistro | |
| Rif. Broker | AON S.p.A. |
| Data Sinistro | |
| Contraente | US ACLI |
| Controparte | Mario Rossi |
| Liquidatore Incaricato | |
| Nome/Cognome | |
| Telefono | |
| Fax | |
| E-mail | |

Egr./Gent.ma
Nome Cognome tesserato
Indirizzo e-mail tesserato

p.c. AON S.p.A.

assicurazione@usacli.it
usacli@aon.it

In qualità di incaricati per la gestione del sinistro in oggetto, riscontriamo la Vostra denuncia di sinistro per far presente che allo stesso, è stato attribuito il numero xxxxxxxxxxxx.

Detta numerazione dovrà essere sempre citata nella futura corrispondenza.

Restiamo in attesa di ricevere la documentazione indicata dalle caselle contrassegnate e di seguito elencata a noi necessaria per l'eventuale liquidazione del danno:

X Relazione scritta relativa alla modalità del sinistro, redatta, su carta intestata della Società Sportiva, dall'allenatore/responsabile della stessa presente al momento dell'evento;

X Ogni ulteriore certificazione medica successiva al primo referto di Pronto Soccorso;

X Dichiarazione di chiusura sinistro o certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica;

X Modulo privacy, che alleghiamo, da restituire debitamente firmato e sottoscritto;

X In base a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, la garanzia rimborso spese mediche, in presenza di analoghe coperture assicurative, è prestata solo ad integrazione delle maggiori spese. Per quanto sopra, qualora esista altra polizza stipulata per il medesimo rischio, Vi invitiamo a trasmetterci copia del contratto e della relativa denuncia inoltrata. In caso contrario, La/Vi preghiamo di trasmetterci formale dichiarazione sottoscritta

Vi ringraziamo per la collaborazione ed in attesa di ricevere quanto sopra, porgiamo distinti saluti.

Luogo, data

La Compagnia
Ufficio Sinistri

Ufficio assicurazione nazionale



Contatti della società AON S.p.A, nel caso in cui occorra supporto in merito a problematiche legate al portale AonSportFed:

Anna Del Corona

Tel. 06.77276220 – Fax 06.77400320 – E-mail: anna.del.corona@aon.it

A decorative graphic element in the bottom left corner of the slide, consisting of overlapping blue and black geometric shapes.