

# 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**



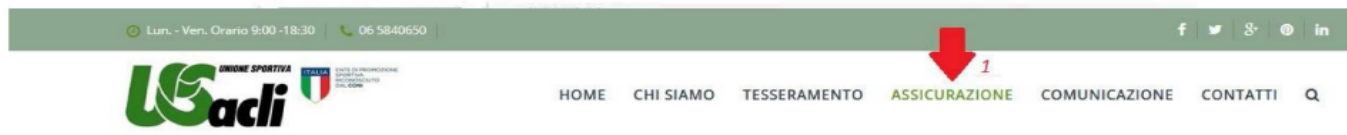
[HOME](#) [CHI SIAMO](#) [ATTIVITA' SPORTIVE](#) [TESSERAMENTO](#) [ASSICURAZIONE](#) [CONTATTI](#) [Q](#)

Giornata Nazionale  
L'USacli  
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](http://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.



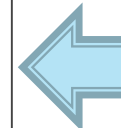
# Selezionare la tipologia di sinistro che si intende denunciare.

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



Seleziona il tipo di sinistro che vuoi segnalare:

<b>Infortunio</b> 	<b>Responsabilità civile</b> 
--	--



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 *:	<input type="text" value="Rossi"/>
Nome *:	<input type="text" value="Mario"/>
Luogo di nascita *:	<input type="text" value="Roma"/>
Data di nascita *:	<input type="text" value="15/01/1973"/>
Codice fiscale *:	<input type="text" value="RSSMRA73A15H501J"/>
Società di appartenenza:	<input type="text" value="NUCLEO SEDE NAZIONALE US ACLI"/>
Codice di affiliazione società:	<input type="text" value="13466"/>
Numero tessera:	<input type="text" value="12345"/>
Data infortunio *:	<input type="text" value="03/10/2015"/>
e-Mail *:	<input type="text" value="mario.rossi@email.it"/>
Telefono *:	<input type="text" value="3333333333"/>
Tipo infortunio *:	<input type="text" value="Invalidità 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 *:	<input type="text" value="NUCLEO SEDE NAZIONALE US ACLI"/>
Codice affiliazione *:	<input type="text" value="13466"/>
e-Mail *:	<input type="text" value="mario.rossi@email.com"/>
Telefono *:	<input type="text" value="111111111111111"/>
Regione *:	<input type="text" value="EMILIA-ROMAGNA"/>
Provincia *:	<input type="text" value="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.

**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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:mario.rossi@email.it)

Cc... [emiliano.cogni@acdi.it](mailto:emiliano.cogni@acdi.it);  Anna Del Corona; [assicurazione.usacdi@acdi.it](mailto:assicurazione.usacdi@acdi.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](mailto: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	1111111111111111
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 Acli - 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 login form. The form includes fields for 'Utente' (User) and 'Password', and a red 'Accedi' (Login) button. A red arrow points from the text above to the 'Registrati' (Register) button. A blue arrow points from the text 'Hai dimenticato la password?' to the 'Cambia password' (Change password) button. The background of the page shows silhouettes of two people walking on a path at sunset.

Utente  
Inserisci l'utente

Password  
Inserisci la password

Accedi

Copyright © 2014 Aon Inc. All Rights Reserved.

Registrati

Cambia password

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”

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

Assicuramento x **US** Assicurazione 2015-2016 x Registrazione - 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 --

**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 FED Elenco denunce

Scelta della Federazione

Scelta 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  Sfoggia...

**Documenti inseriti**

File	Descrizione	Data Caricamento	

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](mailto: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@aclit.it](mailto:mario.rossi@aclit.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:** 111-111111111  
**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,11111111- ROMA  
**E-MAIL:** [palestra@email.com](mailto: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](mailto:assicurazione@usacli.it)  
[usacli@aon.it](mailto: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:

Valentina Volpe

Tel. 06.77276223 – Fax 06.77400320 – E-mail: [valentina.volpe@aon.it](mailto:valentina.volpe@aon.it)