



**FIB**  
**MODULO DI DENUNCIA SINISTRO**  
**INFORTUNI**

Convenzione Allianz 31/03/2026 – 31/03/2027 – polizza  
Infortuni n. 505586575



Da inviare compilato e firmato, con i documenti, a: **[sinistrifib@wbcsrl.com](mailto:sinistrifib@wbcsrl.com)**

La denuncia va presentata entro 30 giorni dall'evento.

*Da compilare in ogni voce, in stampatello.*

**DANNEGGIATO**

|                |  |                 |  |
|----------------|--|-----------------|--|
| Nome e cognome |  | Codice fiscale  |  |
| Indirizzo      |  |                 |  |
| Città          |  | CAP e provincia |  |
| Telefono       |  | Cellulare       |  |
| Tessera FIB n. |  | E-mail          |  |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Categoria assicurato* | <input type="checkbox"/> Soggetti 1 ex A1 <input type="checkbox"/> Soggetti 2 <input type="checkbox"/> Soggetti 3 <input type="checkbox"/> Soggetti 4 <input type="checkbox"/> Soggetti 5<br><input type="checkbox"/> Soggetti 6 <input type="checkbox"/> Tesserati paralimpici |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|         |                                                                                                                     |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Polizza | <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Integrativa Silver <input type="checkbox"/> Integrativa Gold |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|      |  |              |  |
|------|--|--------------|--|
| IBAN |  | Intestatario |  |
|------|--|--------------|--|

**DATI DEI GENITORI O DEL TUTORE (SE IL TESSERATO È MINORENNE)**

|                   |  |                      |  |
|-------------------|--|----------------------|--|
| 1) Nome e cognome |  | Indirizzo            |  |
| CAP e località    |  | Provincia e telefono |  |
| 2) Nome e cognome |  | Indirizzo            |  |
| CAP e località    |  | Provincia e telefono |  |

**EVENTO**

|             |  |     |  |
|-------------|--|-----|--|
| Data evento |  | Ora |  |
|-------------|--|-----|--|



|                      |  |                 |  |
|----------------------|--|-----------------|--|
| <b>Data denuncia</b> |  | <b>Località</b> |  |
|----------------------|--|-----------------|--|

|                         |                                                                                                           |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Avvenuto durante</b> | <input type="checkbox"/> Allenamento <input type="checkbox"/> Gara <input type="checkbox"/> Trasferimento |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Descrizione dell'evento**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**Lesioni subite**

|  |
|--|
|  |
|  |

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Testimoni</b> |  |
|------------------|--|

Il sottoscritto dichiara che le indicazioni di cui sopra sono complete e conformi al vero.

Luogo e data

Firma dell'assicurato (o, se minorenne, di chi ne fa le veci)

**DA COMPILARE A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA**

*Obbligatorio in caso di attività sportiva svolta sotto l'egida FIB: la società attesta sotto la propria responsabilità la veridicità della dichiarazione resa (art. 7 D.M. 3/11/2010, assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti – G.U. n. 296 del 20/12/2010).*

|                  |  |                               |  |
|------------------|--|-------------------------------|--|
| <b>Società</b>   |  |                               |  |
| <b>Comune</b>    |  | <b>CAP e provincia</b>        |  |
| <b>Indirizzo</b> |  | <b>Codice fiscale</b>         |  |
| <b>Telefono</b>  |  | <b>Affiliazione n. e data</b> |  |

Timbro e firma della società sportiva



## NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO (PER TUTTE LE CATEGORIE DI TESSERATI)

L'infortunio va denunciato entro 30 giorni dall'accaduto a WBC – Ufficio Sinistri FIB: [sinistrifib@wbcsrl.com](mailto:sinistrifib@wbcsrl.com) – Tel. 328 7269109 (lunedì, mercoledì e giovedì, ore 15:00–17:00).

### Documenti per la denuncia

- modulo di denuncia compilato e firmato;
- copia del pronto soccorso e/o di prima cura, da cui risultino con chiarezza diagnosi e prognosi;
- copia della tessera federale valida alla data dell'evento;
- copia del codice fiscale e del documento d'identità dell'infortunato e dei genitori se minorenni;
- consenso al trattamento dei dati personali a WBC firmato (informativa nelle pagine seguenti);
- verbale del giudice e/o del medico di gara, se il sinistro è avvenuto in gara.

### Documenti aggiuntivi per i tesserati paralimpici

- scheda di disabilità fisica compilata e firmata;
- copia del certificato clinico che attesta la condizione patologica.

### Documenti per la liquidazione

La liquidazione avviene solo dopo la guarigione e il ricevimento di:

- copia conforme della cartella clinica in caso di ricovero;
- referti di tutti gli esami diagnostici effettuati;
- certificato di guarigione e/o dichiarazione di chiusura dell'infortunio del medico curante.

**Senza questa documentazione non è possibile valutare correttamente la lesione né procedere al rimborso.**

### Documenti in caso di decesso

- modulo di denuncia compilato e copia della tessera federale valida alla data dell'evento;
- certificato di morte e stato di famiglia, in originale (da spedire per posta);
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai fini successori;
- certificato di idoneità alla pratica sportiva, se il decesso è dovuto a eventi gravi;
- verbali delle autorità intervenute;
- cartella clinica e copia del referto autoptico o scheda ISTAT, e/o certificato medico sulle cause del decesso;
- eventuali dichiarazioni di terzi presenti e articoli di stampa.

## \* CATEGORIE DI ASSICURATI

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Soggetti 1</b> | Atleti ex A1, arbitri nazionali e internazionali iscritti all'albo, tecnici iscritti all'albo (allenatori di 2° e 3° livello), top player e giovani élite                                                                                                                                                                                            |
| <b>Soggetti 2</b> | Atleti di categoria A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Soggetti 3</b> | Revisori dei conti, direttore e commissari tecnici, coordinatori, tecnici regionali, arbitri, istruttori, commissione direttiva arbitrale, commissione medica, dirigenti nazionali, periferici e societari, presidenti e delegati regionali, segretario generale, collaboratori, presidente e consiglio federale, dipendenti con qualifica di quadri |
| <b>Soggetti 4</b> | Tesserati di categoria B, C e D e tesserati paralimpici                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Soggetti 5</b> | Tesserati giovanili e istruttori tecnici iscritti all'albo federale                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Soggetti 6</b> | Tessere sociali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEI CLIENTI PERSONE FISICHE

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")

### TITOLARE DEL TRATTAMENTO

We Brokers Caspie S.r.l. (di seguito "Società"), sede legale Viale Parioli, 56 – 00197 Roma; sedi operative Via Luigi Luciani, 41 – 00197 Roma e Via Benedetto Dei, 2/A – 50127 Firenze; tel. 06 8413627; e-mail [info@wbcsrl.com](mailto:info@wbcsrl.com); PEC [webcsrl@pec.it](mailto:webcsrl@pec.it).

### DATI PERSONALI TRATTATI

- dati anagrafici, identificativi, di contatto, contabili e fiscali;
- categorie particolari di dati personali (ad esempio dati relativi alla salute o idonei a rivelare convinzioni religiose o filosofiche);
- dati relativi a condanne penali e reati.

### FINALITÀ, BASE GIURIDICA E CONSERVAZIONE

| Finalità                                                                                                                                                                                                                       | Base giuridica                                                                                                                                                        | Conservazione                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Instaurazione ed esecuzione del rapporto contrattuale per i servizi di consulenza e intermediazione assicurativa                                                                                                               | Esecuzione del contratto di cui l'interessato è parte; consenso per le categorie particolari di dati (necessario: se revocato non è possibile proseguire il servizio) | Durata del contratto e 10 anni dalla cessazione; in caso di contenzioso, per tutta la sua durata e fino all'esaurimento dei termini di impugnazione |
| Adempimento di obblighi di legge e regolamentari                                                                                                                                                                               | Obbligo legale                                                                                                                                                        | Come sopra                                                                                                                                          |
| Accertamento, esercizio o difesa di diritti in sede giudiziaria                                                                                                                                                                | Legittimo interesse del titolare                                                                                                                                      | Come sopra                                                                                                                                          |
| Marketing: comunicazioni promozionali e commerciali con modalità automatizzate (e-mail, sms) e tradizionali (telefonate con operatore, posta), eventi, rilevazioni di soddisfazione, ricerche di mercato e analisi statistiche | Consenso facoltativo e revocabile in qualsiasi momento                                                                                                                | 24 mesi                                                                                                                                             |

Decorsi i termini di conservazione, i dati sono distrutti, cancellati o resi anonimi, compatibilmente con le procedure tecniche di cancellazione e backup.

### CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati è obbligatorio per la conclusione e l'esecuzione del contratto di consulenza e intermediazione assicurativa: il mancato, parziale o inesatto conferimento rende impossibile concluderlo.

### DESTINATARI DEI DATI

I dati possono essere trattati, in qualità di titolari autonomi, da: autorità e organi di vigilanza e controllo; compagnie e agenzie di assicurazione; periti e liquidatori; intermediari assicurativi; provider e operatori per la gestione di rimborsi e sinistri; imprese e professionisti del settore amministrativo, contabile, fiscale, finanziario, del credito e legale.

I dati possono inoltre essere trattati per conto della Società da responsabili del trattamento appositamente designati e istruiti, tra cui società che forniscono servizi di posta elettronica, sviluppo e manutenzione di



hardware, software e sito web, e supporto per studi di mercato. I dati sono trattati da dipendenti e collaboratori autorizzati e istruiti e non sono trasferiti in Paesi extra UE.

### DIRITTI DELL'INTERESSATO

Contattando la Società ai recapiti indicati, l'interessato può chiedere l'accesso ai dati, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 GDPR, la portabilità dei dati trattati con strumenti automatizzati sulla base del consenso o del contratto, e opporsi al trattamento fondato sul legittimo interesse. Ha inoltre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)) o all'autorità di controllo dello Stato membro in cui risiede, lavora o si è verificata la presunta violazione.

### PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto e preso visione dell'informativa privacy.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma

### CONSENSO DELL'INTERESSATO

**Consenso necessario.** Esprimo il consenso al trattamento di categorie particolari di dati personali per le finalità connesse alla sottoscrizione del contratto.

☐ Acconsento      ☐ Non acconsento

**Consenso facoltativo.** Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità di marketing sopra indicate, revocabile in qualsiasi momento.

☐ Acconsento      ☐ Non acconsento

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma