



**UNIBROKERS ITALIA SRL**  
Via Boncompagni, 79 - 00187 – Roma  
"attenzione Sig.ra Lorena Marzoli"

tel: 06/420.16.445 - fax: 06/233.29.623  
mail: info@unibrokers.eu

**DENUNCIA INFORTUNIO**  
**CONVENZIONE TESSERATI F.I.B.S./UNIPOL-SAI**

**Dati Anagrafici Dell'infornato**

Assicurato ..... nato a ..... il .....  
residente a ..... Via/Piazza .....  
telefono n. .... cellulare n. .... mail.....  
Tessera F.I.B.S. n.:..... Atleta – Dirigente - Tecnico  Atleta di interesse Nazionale

**Modalità accadimento infortunio (data, luogo, ora e descrizione dei fatti):**

.....  
.....  
.....

Allegare: \*copia del primo Pronto Soccorso e/o primo certificato medico da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi e copia della tessera F.I.B.S.

Prendo atto che in caso di necessità La Compagnia Unipol-Sai potrà richiedere ulteriore documentazione.

Data della denuncia ..... Firma del dichiarante o di chi ne fa le veci .....

**Da compilarsi a cura della Società Sportiva affiliata F.I.B.S.**

**FEDERAZIONE/SOCIETA':** ..... **ATTIVITA' PRATICATA:** .....

Indirizzo .....

telefono n. .... cellulare n. .... mail.....

Data ..... Timbro e firma .....

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 10 DELLA LEGGE 675**

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n.675 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali e sensibili che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

1 – FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI: il trattamento è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

2 – COMUNICAZIONE DEI DATI: i dati personali possono essere comunicati – per le finalità di cui al punto 1) e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per Legge – agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, Banche e SIM); legali, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione, organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale e altre banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario, centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione).

3 – DIRITTI DELL'INTERESSATO: l'art. 13 della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Preso atto dell'informativa di cui sopra, ed ai sensi degli artt. 11, 20, 22 e 28 della Legge 31/12/1996, n. 675, acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili che mi riguardano, funzionale alla gestione e alla definizione del sinistro denunciato con il presente modulo.

Nome e Cognome dell'interessato (stampatello)

Firma (leggibile)

\* non equivale al "Primo Soccorso" il semplice certificato medico rilasciato dal medico di base o dallo specialista;

**IL MODULO COMPILATO E SOTTOSCRITTO IN TUTTE LE SUE PARTI DEVE ESSERE SPEDITO ALL'INDIRIZZO SOPRA INDICATO E VIA FAX ALLA F.I.B.S. al numero 06/..... o via E-mail a segreteria@fibs.it**

**Copia per la "Unibrokers Italia Srl"**