



POLIZZA INFORTUNI TESSERATI FIP n° 901/243632489/42

**DENUNCIA DI SINISTRO**



**INFORTUNATO**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ TESSERA FIP N. \_\_\_\_\_

Domicilio e n.telefono \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Cognome e Nome di un genitore in caso di infortunato minorenni: \_\_\_\_\_

Coordinate bancarie:

Intestatario del conto corrente: \_\_\_\_\_

Banca: \_\_\_\_\_ Sportello: \_\_\_\_\_

ABI 

--	--	--	--	--

 CAB 

--	--	--	--	--

 CIN 

--

 nr. c/c 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SOCIETA' DI APPARTENENZA: \_\_\_\_\_ CODICE FIP : \_\_\_\_\_  
RESPONSABILE DELLA SOCIETA': \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RESPONSABILE \_\_\_\_\_

Tesserato FIP come: (barrare la qualifica di appartenenza)

- Atleta     Ufficiale di gara     Miniarbitro     Dirigente     Tecnico     Istruttore Minibasket  
 Ufficiale di campo     Medico     Massofisioterapista     Minibasket

**CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO**

Giorno, ora e località in cui l'infortunio è avvenuto: \_\_\_\_\_

Modalità e cause dell'infortunio: \_\_\_\_\_

Lesioni riportate : \_\_\_\_\_

**ALLEGARE**

- Originale e una fotocopia del certificato del Pronto Soccorso e/o del medico che ha prestato le prime cure
- Originale e una fotocopia delle fatture per le spese mediche sostenute
- Nome e indirizzo delle persone testimoni dell'infortunio.

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'infortunato o del genitore (se minorenni) \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 196/2003**

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che la nostra Società tratterà i Suoi dati personali con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - strettamente necessarie per fornire i servizi assicurativi richiesti con la possibilità a tal fine di comunicare alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativi in Italia ed all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art.7 del D.Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito ai soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo - Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto - TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235). Il sito www.generali.it. riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Firma dell'infortunato o del genitore (se minorenni) \_\_\_\_\_