

**MODULO DI DENUNCIA INFORTUNIO – TESSERATI**  
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

**DATI DELL'INFORTUNATO/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Paternità e maternità (obbligatoria per infortunio a minore) \_\_\_\_\_  
 Indirizzo (domicilio) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 Cod.fisc. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Fax (solo di Ab. o Uff.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 N° TESSERA dell'Infortunato/a \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 FEDERAZIONE DI APPARTENENZA: \_\_\_\_\_

TIPO TESSERA dell'Infortunato/a (barrare la categoria di appartenenza) :  
 Tesserati  Club Paralimpico  Interesse Paralimpico  Interesse Nazionale  Soggetti A

Coordinate bancarie per la liquidazione del sinistro (IBAN) conto intestato a .....

CODICE IBAN	PAESE	C.D.	CIN	ABI	CAB	N. CONTO															

**DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA**

Società \_\_\_\_\_ Matricola numero \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 Tel/Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ Timbro \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ESTREMI INFORTUNIO**

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Gara/Allenamento/Trasferimento \_\_\_\_\_  
 Luogo \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Descrizione chiara e circostanziata delle cause che lo hanno provocato \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Testimoni (nome, cognome, indirizzo e telefono) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Infortuni precedenti: si  no  In data \_\_\_\_\_  
 Quali lesioni aveva riportato? \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Infortunato/a o di chi ne fa le veci o dell'avente causa \_\_\_\_\_

**La polizza infortuni non prevede il rimborso delle eventuali spese di patrocinio e/o legali**

Inviare il presente modulo via email, posta o fax:

**Broking Italia S.r.l. - Ufficio Sinistri**  
**Viale Liegi, 10 - 00198 Roma**

**Email: [ufficiosinistri@brokingitalia.com](mailto:ufficiosinistri@brokingitalia.com) - fax 06 8411932**

Con riferimento al D. Leg.vo n. 196 del 30-06-2003, dichiaro di aver preso visione dell'informativa allegata (consultabile anche sul sito internet [www.brokingitalia.it](http://www.brokingitalia.it)) e pertanto:

Acconsento al trattamento dei dati personali anche sensibili, per perseguire le seguenti finalità:

- a) svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, di cui alla D.Lgs 209/05, ivi comprese la gestione sinistri e la rilevazione del grado di copertura assicurativa. Tali dati potranno essere comunicati a soggetti esterni che svolgono attività connesse e strumentali alla esecuzione del rapporto contrattuale e/o all'erogazione dei servizi richiesti, quali: soggetti del settore assicurativo (ivi compresa Ina Assitalia S.p.A.), periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, legali, società/studi professionali / professionisti per la fornitura di servizi informatici, amministrativi, contabili, nonché di consulenza aziendale.
- b) adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni emanate da autorità a ciò legittimate e da organi di vigilanza e controllo;

Titolare del trattamento è la Broking Italia S.r.l. – Viale Liegi 10 – 00198 Roma – Tel. 06 844 0031.  
 L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è a Sua disposizione presso la sede della Società.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma (Nome e cognome) \_\_\_\_\_