

## NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO (indistintamente per tutte le categorie di tesserati)

L'infortunio deve essere denunciato entro 30 giorni dall'accaduto a:

**WBC SRL - UFFICIO SINISTRI**  
E-MAIL: [sinistrifib@wbcsrl.com](mailto:sinistrifib@wbcsrl.com)  
Ricevimento telefonico:  
Tel. **06/80691687** o **328.7269109** (LUN - MER - GIO - ORE 15.00 / 17.00)

### DOCUMENTAZIONE DA INVIARE PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO

- Modulo di denuncia lesioni debitamente compilato e firmato
- Copia del Pronto Soccorso e/o di prima cura da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi
- Fotocopia della tessera federale in corso di validità alla data dell'evento
- Copia codice fiscale e documento d'identità dell'infortunato e dei genitori in caso di minore
- Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali a WBC SRL debitamente sottoscritto
- Verbale del giudice e/o medico di gara (in caso di sinistro accaduto in gara)

### ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO PER I TESSERATI PARALIMPICI

- Scheda disabilità fisica debitamente compilata e firmata
- Copia certificato clinico attestante la condizione patologica

### DOCUMENTAZIONE DA INVIARE PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

La liquidazione del sinistro potrà avvenire soltanto dopo la guarigione ed il ricevimento dei seguenti documenti:

- Copia conforme della cartella clinica in caso di ricovero
- Referti di tutti gli esami diagnostici effettuati
- Certificato di avvenuta guarigione e/o la dichiarazione di chiusura infortunio redatto dal medico curante

**\*\*\* ATTENZIONE \*\*\***

**in mancanza della documentazione sopra evidenziata necessaria per una corretta valutazione della lesione riportata non sarà possibile dar corso al rimborso**

### DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

- Modulo di denuncia debitamente compilato
- Fotocopia della tessera federale in corso di validità alla data dell'evento
- Certificato di morte (in originale)
- Stato di famiglia (in originale)
- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori
- Certificato di idoneità alla pratica sportiva in caso di decesso dovuto agli eventi gravi.
- Verbali autorità intervenute
- Cartella clinica e copia referto autoptico / scheda ISTAT e/o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso
- Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
- Eventuali articoli di stampa

**MODULO DENUNCIA LESIONI**

**CONVENZIONE ALLIANZ 31/03/2026 - 31/03/2027 POLIZZA NR. 505586575**

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG** DALL'EVENTO)

**DANNEGGIATO**

NOME / COGNOME _____		Cod. Fisc. _____	
INDIRIZZO _____		CITTÀ _____	CAP _____ PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____	NR. TESSERA FIB _____	
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 <input type="checkbox"/> Soggetti 6			
<input type="checkbox"/> Tesserati paralimpici			
EMAIL _____			
POLIZZA: <input type="checkbox"/> BASE <input type="checkbox"/> INTEGRATIVA SILVER <input type="checkbox"/> INTEGRATIVA GOLD			
IBAN _____		INTESTATARIO _____	

**DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenni)**

1) Nome / Cognome _____		Indirizzo _____	
Cap _____	Località _____	Prov. _____	Tel. _____
2) Nome / Cognome _____		Indirizzo _____	
Cap _____	Località _____	Prov. _____	Tel. _____

**EVENTO**

DATA EVENTO _____	ORA _____	DATA DENUNCIA _____
LOCALITA' _____		
AVVENUTO DURANTE		
<input type="checkbox"/> Allenamento <input type="checkbox"/> Gara <input type="checkbox"/> Trasferimento		
DESCRIZIONE EVENTO		
_____		
_____		
_____		
LESIONI SUBITE		
_____		
_____		
TESTIMONI		
1. _____	2. _____	

**DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA** - Obbligatorio in caso di attività sportiva svolta sotto l'egida FIB, attestante sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa /art. 7 decreto 3/11/2010 assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti- GU 296 del 20.12.2010

SOCIETÀ _____	C.A. P. _____	PROV.: _____
COMUNE _____	INDIRIZZO _____	COD.FISCALE: _____
TEL. _____	AFFILIAZIONE N.: _____	DEL: _____
TIMBRO E FIRMA _____		

### **\*DEFINIZIONI**

**SOGGETTI 1 Atleti exA1** Arbitri nazionali ed Internazionali iscritti all'albo, Tecnici iscritti all'albo (allenatore 2° e 3° livello) Top player e Giovani Elite

**Soggetti 2:** Atleti di Categoria A

**Soggetti 3:** 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.

**Soggetti 4:** Tesserati Cat, B/D/C e Tesserati paralimpici

**Soggetti 5:** Tesserati giovanili ed istruttori tecnici iscritti all'albo federale

**Soggetti 6:** Tessere Sociali