

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

Tfno Gestor Sanitario 24 horas: 900 404 444

Nº EXPTE:

Nº de póliza: **54694833**

Nº de Licencia de Federado (si procede):

Federación/ Tomador: **FEDERACION VASCA DE DEPORTE ADAPTADO**

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
 DOMICILIO: _____
 C.P.: _____
 POBLACIÓN: _____ PROVINCIA: _____
 E-MAIL: _____
 NIF: _____ TELÉFONO: _____ FECHA NACIMIENTO: _____
 CLUB: _____

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

FECHA: ____/____/____ HORA: ____
 LUGAR o INSTALACIÓN DEPORTIVA
 (detallar): _____
 TIPO DE EVENTO competición / entrenamiento oficial
 (detallar): _____
 DESCRIPCIÓN y CAUSAS DEL ACCIDENTE _____

 DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN detallar) _____

 TESTIGOS DEL SINIESTRO (nombre, teléfono): _____

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

YO, DON/DOÑA _____, con DNI _____ en calidad de
 _____ del _____, CERTIFICO que el asegurado
 pertenece al colectivo asegurado y que los daños corporales sufridos por _____ con DNI
 _____ han tenido lugar durante el transcurso de _____ en la fecha _____ y en su
 presencia.

El firmante de esta declaración responde de la veracidad de la misma y es consciente de las consecuencias que puede constituir su falsedad.

El lesionado declara que no ha tenido ninguna lesión pasada en la región anatómica accidentada (en caso contrario indicar):

Firma del DECLARANTE y DNI

Firma del Lesionado

Vº Bº y sello (**Federación**)

En _____, a _____ de _____ de _____

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza expresamente el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para:

- El cumplimiento del propio contrato de seguro
- La valoración de los daños ocasionados en su persona
- La cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponda
- El pago, en su caso, del importe de la referida indemnización.

Asimismo, **acepta** que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente, a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguro, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

De conformidad con lo establecido en la Ley 15/99 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, quedo informado de la existencia de un fichero informático de titularidad de ALLIANZ, de la necesidad de suministrar los datos médicos requeridos para poder tramitar el siniestro objeto de la presente declaración y de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, prestando el consentimiento expreso al tratamiento automatizado de los datos, y muy especialmente de los datos de salud contenidos en la presente declaración de siniestro de accidentes.

Una vez atendido debe enviar el parte de accidentes así como los informes médicos en un plazo máximo de 72 horas al siguiente mail:

asistenciacolectivos.es@allianz.com (para prestaciones realizadas, o a realizar, en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía)

allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es (para prestaciones realizadas, o a realizar, en el resto del territorio español)

De no efectuarlo en dicho plazo quedarán fuera de cobertura.