



PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES FEDERACIONES DEPORTIVAS

TOMADOR **FEDERACIÓN DE ESPELEOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN**

Nº DE PÓLIZA 038321757 Nº Licencia Federado

Nº DE EXPEDIENTE(1)

(1) Referencia facilitada por la compañía ALLIANZ a la comunicación del accidente en el Tel. 902-108-509

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE Y APELLIDOS D.N.I. EDAD

DOMICILIO LOCALIDAD C.P.

PROVINCIA TELEFONO Mail

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

TIPO DE EVENTO(COMPETICION / ENTRENAMIENTO) FECHA y LUGAR

FORMA DE OCURRENCIA

DAÑOS / LESION

HA RECIBIDO ASISTENCIA MEDICA DE URGENCIA NO SI NECESITA NUEVA ASISTENCIA MEDICA NO SI

En caso afirmativo el asegurado declara conocer que no podrá practicar ninguna actividad deportiva hasta recibir el alta médica por sus lesiones.

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.

Empty box for signature or stamp

Firma del lesionado

Sello y firma del representante de la entidad

Si no se trata de una asistencia de urgencia no podrá dirigirse directamente al Centro Concertado, sino que deberá comunicar a AON el accidente para la apertura del expediente

El asegurado deberá remitir el formulario firmado /sellado a : siniestros.federaciones@aon.es

UNA VEZ FACILITADO EL NUMERO DE EXPEDIENTE, el lesionado acudirá el centro concertado por Allianz Seguros donde hará entrega del parte cumplimentado y con el Nº de expediente facilitado.