

FEDERACIONES DEPORTIVAS
PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES DEPORTIVOS

La póliza solamente cubre accidentes deportivos de acuerdo con lo establecido en el R.D. 849/93, de 4 de junio y en las condiciones de la póliza.

NO ESTÁN CUBIERTAS LESIONES NI DOLENCIAS DE CUALQUIER TIPO QUE NO HAYAN SIDO PROVOCADAS POR UN ACCIDENTE DEPORTIVO

N.º de póliza	054801482	Nº de licencia de federado:	_____
Federación:	FEDERACIÓN DE BEISBOL Y SOFTBOL DEL PPDO DE ASTURIAS		

DATOS DEL FEDERADO ACCIDENTADO	
NOMBRE:	_____ APELLIDOS: _____
DOMICILIO:	_____ C.P.: _____ MAIL: _____
POBLACIÓN:	_____
PROVINCIA:	_____
D.N.I.:	_____ TELÉFONO: _____ FECHA NACIMIENTO/EDAD: _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE
FECHA: ___/___/___ LUGAR (detallar): _____
TIPO DE EVENTO competición / entrenamiento / otros (detallar): _____
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: _____

DAÑOS SUFRIDOS: _____

NOMBRE Y TELEFONO DE LAS PERSONAS QUE LE ACOMPAÑABAN: _____

¿Ha recibido Asistencia en el Evento? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ha recibido asistencia de urgencia? SÍ <input type="checkbox"/> N° de expediente aportado por call de urgencias _____
¿Necesita nueva asistencia médica? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del lesionado

Firma y Sello Club

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE
SEGÚN PROTOCOLO DE ACCIDENTES FACILITADO POR LA FEDERACIÓN