

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVOS FEDERACIONES DEPORTIVAS

Cuestionario: Sucursal: [] Mediator: [] Colaborador: [] Nº Póliza: 45758752 Certificado: []

Fecha del Accidente [] [] [] [] [] [] Expediente facilitado por ALLIANZ en la llamada telefonica

Tomador

(sin él no se tramitará el parte): _____

Apellidos o Razón Social FEDERACIÓN DEPORTES DE INVIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS Nombre FDIPA _____
Domicilio JULIÁN CLAVERÍA, 11 DNI/CIF Q8355001B
C. Postal 33006 Población OVIEDO Provincia ASTURIAS

Lesionado

Apellidos _____ Nombre _____
Fecha de nacimiento [] [] [] [] [] [] Profesión _____
Domicilio _____ DNI/CIF _____
C. Postal _____ Población _____ Provincia _____
E-mail _____ Web _____ Teléfono _____ Fax _____

Otros datos

¿Intervino la Autoridad? _____ Diga cuál y de qué localidad _____
¿Tiene el Tomador o el Lesionado alguna otra Póliza de Seguro que garantice este accidente? _____
Cite las señas de las personas que fueron testigos _____

Certificación de Accidente expedida por el Club o la Federación

D. ESPERANZA MERINO MENÉNDEZ con DNI 09399399N

en nombre y representación de FDIPA _____ Certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

- Fecha y lugar del accidente _____
- Descripción del accidente _____
- Actividad realizada en ese momento (entrenamiento, competición, ...) _____
- Lugar de Primera Atención: _____

PARA LA PRESTACIÓN SANITARIA, CUANDO SE REALICE A TRAVES DE LA COBERTURA DE CUADRO MÉDICO ALLIANZ, DEBERÁ CONTACTAR EN LOS TELÉFONOS:

- 913 255 568 Para atención médica en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía.
- 913 343 293 Para atención médica en el resto del territorio español.

Ley Orgánica sobre Protección de Datos de carácter personal

Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. integrará los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su declaración de siniestro. El Tomador del Seguro y los Asegurados facultan al Asegurador para que requiera o comunique a médicos y centros sanitarios los datos clínicos necesarios para prestarle el servicio garantizado en su póliza, así como a otros terceros cuya intervención es necesaria para la ejecución del contrato, comprometiéndose la Compañía a guardar la correcta confidencialidad de los mismos.

El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

El abajo firmante declara que los datos que figuran en la presente declaración son verdaderos.

En _____ a _____ de _____ de _____
Firma y sello de la Federación / Club Firma del Lesionado o su representante



FEDERACION DEPORTES DE INVIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
Sede Social: C/ Rámirez de Arellano, 35 - 28043 Madrid - N.I.F. A-28007748