

PARTE DE ACCIDENTES PARA FEDERACIONES DEPORTIVAS

TOMADOR DEL SEGURO	CONFEDERACION ANDALUZA DE FEDERACIONES DEPORTIVAS FEDERADOS CADEBA
Nº DE PÓLIZA	SO C30 0002190
Nº DE EXPEDIENTE (*)	

(*) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte de la federación al teléfono del Centro de Asistencia: 902 10 71 20

DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI		EDAD	
DOMICILIO			
PROVINCIA Y LOCALIDAD		C.P.	
Nº DE LICENCIA			

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. Dña. _____ , Con DNI nº _____

En nombre y representación de la Federación, Club o Entidad Deportiva arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

FECHA Y HORA DEL SINIESTRO: _____

FORMA DE OCURRENCIA Y LESIONES PRODUCIDAS: _____

CENTRO SANITARIO: _____

El perjudicado/accidentado del siniestro anteriormente descrito autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoración de los daños ocasionados en su persona, cuantificando en su caso la indemnización que le corresponda y el pago 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 citadas 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. Tanto Helvetia como Sersanet asumen la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

Firma y sello del representante de la Entidad _____ Firma del Lesionado _____