

PARTE DE ACCIDENTES PARA FEDERACIÓN ANDALUZA DE DEPORTES PARA CIEGOS

ENVIAR ESTE PARTE A LA FEDERACION ANDALUZA DE DEPORTES PARA CIEGOS EN UN MAXIMO DE 48 HORAS DESDE QUE SE HA COMUNICADO EL ACCIDENTE

FECHA DE COMUNICACIÓN DEL PARTE:

TOMADOR DEL SEGURO	FEDERACION ANDALUZA DE DEPORTES PARA CIEGOS
N° DE PÓLIZA	
N° DE EXPEDIENTE	

DATOS DEL ACCIDENTADO/A

NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI		EDAD	
DOMICILIO			
PROVINCIA Y LOCALIDAD		C. P.	
CLUB Y N° LICENCIA			
TELÉFONO DE CONTACTO			

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D./Dña. _____ , Con DNI n° _____

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

LUGAR DE OCURENCIA: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

FECHA Y HORA DEL SINIESTRO: _____

FORMA DE OCURENCIA Y LESIONES OCURRIDAS: _____

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.

Clínicas Beiman asume 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/la 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 de la Federacion Firma del Lesionado/a

ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE