

Nº EXPTE:

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES COLECTIVOS

Nº de póliza:	Nº de Licencia de Federado (si procede):
Federación/ Tomador:	

DATOS DEL LESIONADO	
NOMBRE:	APELLIDOS:
DOMICILIO:	C.P.:
POBLACIÓN:	E-MAIL:
PROVINCIA:	
NIF:	TELÉFONO:
CLUB:	FECHA NACIMIENTO/EDAD:
	CATEGORÍA:
¿TIENE EL CONTRATANTE O LESIONADO ALGUNA OTRA PÓLIZA DE SEGURO QUE GARANTICE ESTE ACCIDENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COMPañÍA:	

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE
FECHA: __/__/__ HORA: _____
LUGAR o INSTALACIÓN DEPORTIVA (detallar): _____
TIPO DE EVENTO competición / entrenamiento / otros (detallar): _____
DESCRIPCIÓN y CAUSAS DEL ACCIDENTE: _____

DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN (detallar) _____

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE
YO, DON/DOÑA _____, con DNI: _____ en calidad de _____ del _____, CERTIFICO que el asegurado pertenece al colectivo asegurado y que los daños corporales sufridos por _____ con DNI: _____ han tenido lugar durante el transcurso de _____ en la fecha _____ y en su presencia.
El firmante de esta declaración responde de la veracidad de la misma y es consciente de las consecuencias que puede constituir su falsedad.
Firma del DECLARANTE y DNI
Vº Bº y sello
En _____, a _____ de _____ de _____

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 PREBAL, 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.

<p>Recuerde:</p> <p>Debe llamar al 902 09 15 57</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando tenga un accidente para que autoricemos la Asistencia de Urgencias y le indiquemos el Centro Sanitario más adecuado para atenderle. • Si precisa asistencias posteriores, debe solicitar autorización de las mismas y le indicaremos el Centro Sanitario al que debe acudir. <p>Debe enviar al fax 91 781 37 98 o al email prebalaccidentes.autorizaciones@hna.es este Parte de Accidente en un plazo máximo de 48hs., así como el informe médico emitido por el facultativo. En caso de que el accidente se haya producido durante una competición, se adjuntará, además, el Acta Arbitral</p>
--