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

N.º de póliza: 45118810	Nº de Licencia de Federado:
Federación:	

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE:_____APELLIDOS:_____
DOMICILIO:_____C.P.:_____MAIL_____
POBLACIÓN:_____
PROVINCIA:_____D.N.I.:_____
TELÉFONO:_____FECHA NACIMIENTO/EDAD:_____

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

FECHA:___/___/_____LUGAR (detallar):_____
TIPO DE EVENTO competición / entrenamiento / otros (detallar): _____
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:_____
DAÑOS SUFRIDOS/LESION:_____
NOMBRE Y TELEFONO DE LAS PERSONAS QUE LE ACOMPAÑABAN:_____
¿Ha recibido Asistencia en el Evento? SI ☐ NO ☐
¿Ha recibido asistencia de urgencia? SI ☐ Nº de expediente aportado por call de urgencias_____
¿Necesita nueva asistencia médica? SI ☐ NO ☐ **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.

Ley Orgániza sobre Protección de datos de carácter perosonal

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 de 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 persona sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.
El abajo firmante declara quelos datos que figuran en la presente declaración son verdaderos

En_____,a____de_____de _____

Firma del lesionado

Firma y Sello Club/Federación
(si la federación no sella se deberá aportar copia de la licencia)

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de Accidente Deportivo que precise asistencia sanitaria de urgencia el federado o acompañante deberá ponerse En contacto con el 900 404 444 desde donde se le coordinará la asistencia de urgencia o resto de tratamientos en un centro concertado.

Queda incluida la atención telefónica para siniestros ocurridos en el extranjero, facilitando los centros a los que debe acudir el asegurado y asumiendo los mismos hasta el límite de la póliza, sin necesidad de anticipo y pago por el asegurado. El número de atención telefónica para estos casos será el: 91 452 29 15 (24 horas) EL CENTRO MEDICO CONCERTADO DE ALLIANZ NO ATENDERA NINGUNA ASISTENCIA MEDICA QUE NO SEA DE URGENCIA VITAL, SI NO TIENE LA AUTORIZACION PREVIA POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.