

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

N.º de póliza: <u>056394740</u>	Nº de Licencia de Federado:
Federación Canaria de Deportes Aéreos	
DATOS DEL LESIONADO	
NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____	DOMICILIO: _____
C.P.: _____ MAIL: _____ POBLACIÓN: _____	D.N.I.: _____ TELÉFONO: _____
PROVINCIA: _____	
FECHA NACIMIENTO/EDAD: _____	

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:	
FECHA:/...../..... LUGAR (detallar):	
TIPO DE EVENTO (competición/entrenamiento/otros): _____ DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: _____ DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN: _____ NOMBRE Y TELÉFONO DE LAS PERSONAS QUE LE ACOMPAÑABAN: _____ _____ ¿Ha recibido asistencia en el evento? SÍ ☐ NO ☐ ¿Ha recibido asistencia de urgencia? SÍ ☐ NO ☐ ¿Necesita nueva asistencia médica? SÍ ☐ NO ☐ En caso afirmativo el federado 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 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 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 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 del lesionado

Firma y sello Federación