

PARTE DE ACCIDENTE DEPORTIVO

TOMADOR DEL SEGURO	
Nº DE PÓLIZA	
Nº DE EXPEDIENTE	

Comunicación del accidente las 24 hrs. del día: 902 01 32 33, envío de documentación al fax: 902875230, o a los e-mails: gestion@canalsalud24.com / info@canalsalud24.com

DATOS DEL ACCIDENTADO

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

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. _____ con DNI Nº _____ Emitido por _____ En nombre y representación de la Federación arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación: LUGAR DE OCURRENCIA: _____ FECHA DE SINIESTRO: _____ DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: _____ _____ _____ 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 seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. FORTE ASIGURARI-REASIGURARI S.A. Y CANAL SALUD 24 S.L. como entidad colaboradora 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 trece de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad Canal Salud 24 S.L. a la dirección – Edificio las Rozas 23 - oficina 3 - Planta 1ª. Ctra. de la Coruña Km 23.200 28232 Las Rozas (MADRID) a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o por correo electrónico a la dirección

Firma y Sello Representante Federación

Firma Lesionado