

## PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

Tfno Gestor Sanitario 24 horas: 900 404 444

Nº EXPTE:

Nº de póliza: 54694833

Nº de Licencia de Federado (si procede):

Federación/ Tomador: FEDERACION VASCA DE DEPORTE ADAPTADO

### DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 C.P.: \_\_\_\_\_  
 POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_  
 E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 NIF: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 CLUB: \_\_\_\_\_

### DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_  
 LUGAR o INSTALACIÓN DEPORTIVA  
 (detallar): \_\_\_\_\_  
 TIPO DE EVENTO competición / entrenamiento oficial  
 (detallar): \_\_\_\_\_  
 DESCRIPCIÓN y CAUSAS DEL ACCIDENTE \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN detallar) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 TESTIGOS DEL SINIESTRO (nombre, teléfono): \_\_\_\_\_

### 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.

**El lesionado declara que no ha tenido ninguna lesión pasada en la región anatómica accidentada (en caso contrario indicar):**

Firma del DECLARANTE y DNI

Firma del Lesionado

Vº Bº y sello (Federación)

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 ALLIANZ, 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.

Una vez atendido debe enviar el parte de accidentes así como los informes médicos en un plazo máximo de 72 horas al siguiente mail:

[asistenciacolectivos.es@allianz.com](mailto:asistenciacolectivos.es@allianz.com) (para prestaciones realizadas, o a realizar, en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía)

[allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es](mailto:allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es) (para prestaciones realizadas, o a realizar, en el resto del territorio español)

De no efectuarlo en dicho plazo quedarán fuera de cobertura.