

PARTE DE ACCIDENTES PARA FEDERACIONES DEPORTIVAS

TOMADOR DEL SEGURO	FEDERACION DEPORTES AEREOS COMUNIDAD VALENCIANA
Nº DE PÓLIZA	C6 C30 0008188
Nº DE EXPEDIENTE (*)	

(*) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte del federado, o persona que lo represente, al **teléfono** del Centro de **Asistencia: 913 349 228**

DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDOS		TELEFONO	
DNI		EDAD	
DOMICILIO			
PROVINCIA LOCALIDAD		C.P.	
Nº DE LICENCIA		CATEGORIA	
Nombre del Instructor Asegurado			
CLUB			

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

Don _____	Con DNI nº _____
En nombre y representación de la Federación, Club o Entidad Deportiva arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:	
LUGAR DE OCURRENCIA: _____	
FECHA Y HORA DEL SINIESTRO _____	
FORMA DE OCURRENCIA Y LESIONES PRODUCIDAS _____	

CENTRO SANITARIO: _____	
<p><small>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 seguro, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.</small></p> <p><small>Helvetia asume 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 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.</small></p>	
El lesionado declara conocer que no podrá practicar ninguna actividad deportiva hasta recibir el alta médica deportiva.	
Firma del Declarante y DNI	Firma del Lesionado (o tutor) Vº Bº y sello de la Federación
En _____, a _____ de _____ de _____	

Remitir este parte a HNA por email a helvetiaaccidentes@hna.es, a la fdacv@fdacv.com y a sergio.remon@bmsgroup.com