

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVOS FEDERACIONES DEPORTIVAS

Cuestionario: Sucursal: Mediador: Colaborador: N° Póliza: 046592150 Certificado: Fecha del Accidente

N° Siniestro

TomadorApellidos o Razón Social FEDERACION ATLETISMO DE MADRIDNombre Domicilio CL. SALAS DE LOS INFANTES, n. 1, 4ºDNI/CIF G79297065C. Postal 28034 Población MADRIDProvincia **Lesionado**Apellidos Nombre Fecha de nacimiento Profesión Domicilio DNI/CIF C. Postal Población Provincia E-mail Web Teléfono Fax **Otros datos**¿Intervino la Autoridad? Diga cuál y de qué localidad ¿Tiene el Tomador o el Lesionado alguna otra Póliza de Seguro que garantice este accidente? Cite las señas de las personas que fueron testigos **Certificación de Accidente expedida por la Federación**D. con DNI en nombre y representación de Certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

- Fecha y lugar del accidente
- Descripción del accidente
- Actividad realizada en ese momento (entrenamiento, competición, ...)

PARA LA PRESTACIÓN SANITARIA, CUANDO SE REALICE A TRAVES DE LA COBERTURA DE CUADRO MÉDICO ALLIANZ, DEBERÁ CONTACTAR EN EL TELÉFONO:

- 900 404 444
- Correo electrónico : allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es

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 en 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 y sello de la Federación

Firma del Lesionado o su representante