PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE

Nº PÓLIZA:	**4143594**
TOMADOR:	FEDERACIč N DE TENIS DE CASTILLA Y LEč N
EFECTO:	**01/01/2011**

PARTE DEL ACCIDENTE, ocurrido el día
A PRESENTAR EN EL CENTRO ASISTENCIAL

A RELLENAR POR EL TOMADOR

DATOS DEL ACCIDENTADO

Apellidos y Nombre del accidentado: _____

Fecha de nacimiento o edad: :_____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Provincia _____Código Postal_____Teléfono_____

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

Nombre: FEDERACIč N DE TENIS DE CASTILLA Y LEč N_____

Dirección: C/ FEDERICO GARCÔA LORCA 1 - 47008 VALLADOLID_____

DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar de ocurrencia: _____
_____
D. _____
en calidad de representante del Club _____
del Tomador del Seguro, expide el presente
Parte en: _____
Fecha: ____ de _____ de _____

Fecha, firma (y sello en caso de proceder) de la Delegaci· n Provincial o Club

A RELLENAR POR EL MEDICO

DATOS MÉDICO-ASISTENCIALES

Descripción de las lesiones: _____
_____
Parte del cuerpo lesionada: _____
MÉDICO QUE LE ASISTIÓ DE MODO INMEDIATO:
Nombre y Apellidos: _____ Nº Colegiado: _____
ESTABLECIMIENTO SANITARIO O DOMICILIO DONDE FUE TRASLADADO EL ACCIDENTADO:
_____

OBSERVACIONES:
_____
_____
_____

Firma del médico:

El perjudicado 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 el cumplimiento del propio contrato de seguro, la valoración de los daños ocasionado en su persona, la cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponde y el pago del importe de la referida indemnización. Asimismo **acepta** que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente, aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como el tomador de la póliza del seguro y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesible a terceros para finalidades distintas para la que han sido autorizados.

El fichero creado esta ubicado en Asefa SA, Seguros y Reaseguros, bajo la supervisión de Asefa SA, Seguros y Reaseguros , quien 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, del 13 de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

Remitir este parte debidamente cumplimentado y firmado por el médico junto con la factura a Asefa, S.A. Seguros y Reaseguros, Dep. Siniestros Delegación Centro, Avenida de Manoteras nº 32, 28050- Madrid.