

RAMO: ACCIDENTES

Nº DE POLIZA: EA12AH1151

ANEXO II
MODELO DE DECLARACIÓN DE ACCIDENTES
FEDERACIÓN CATALANA D'ESPORTS D'HIVERN (Federados Competición)

TOMADOR DEL SEGURO	
Nº DE PÓLIZA	
Nº DE EXPEDIENTE (*)	

*) El Nº de Expediente será facilitado por la entidad aseguradora al comunicar el accidente por parte de la FEDERACIÓN O CLUB al teléfono del Centro de Asistencia: **902 877 498**

DATOS DEL ACCIDENTADO

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

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. Dña. _____, Con DNI nº _____

En nombre y representación de la Federación o Club, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

FECHA DEL SINIESTRO: _____

FORMA DE OCURRENCIA: _____

CENTRO SANITARIO: _____

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.

CHARTIS EUROPE 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 protecciondedatos@canalsalud24.com.

Firma y sello del representante de la Federación o Club

Firma del Lesionado