

**FEDERACION DE TENIS DE MADRID
PARTE DE COMUNICACION DE ACCIDENTES DEPORTIVOS**

NÚM. DE PÓLIZA: 039041219		
NÚM. DE EXPEDIENTE (facilitado por la Cía.)		
DATOS DEL LESIONADO	DNI:	EDAD:
NOMBRE Y APELLIDOS:		
DOMICILIO:		LOCALIDAD:
PROVINCIA:	C.P:	TELEFONO:
NÚM. DE LICENCIA:		
CERTIFICADO DEL ACCIDENTE		
D./DÑA.	DNI Nº	
En nombre y representación del Club abajo referencia, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican:		
LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB		CÓDIGO DEL CLUB:
DOMICILIO:		TELEFONO:
FECHA DE OCURRENCIA:		
FORMA DE OCURRENCIA:		
ATENCIÓN SANITARIA EN:		

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.

* Prevención al fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez extinguida la relación contractual. 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.

En Madrid, a de de

FIRMA DEL LESIONADO

FIRMA Y SELLO DE LA FEDERACION, CLUB O ENTIDAD DEPORTIVA

NORMAS DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE

. Quedan cubiertos por ésta póliza los accidentes sufridos por los deportistas federados durante la práctica deportiva conforme a lo establecido en el R.D. 849/1993, de 4 de junio. Para ello se habrá de presentar la licencia y el D.N.I.

. La Federación, Club o Entidad Deportiva cumplimentará en su totalidad éste impreso y comunicará el accidente a ALLIANZ a través del teléfono 902 108 509 FAX 91 334 32 73, donde facilitarán núm. de expediente, remitiendo posteriormente este impreso a ALLIANZ. (mail: allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es)

. Una vez facilitado el núm. de expediente, el lesionado acudirá al Centro Médico concertado por ALLIANZ mas cercano al lugar del accidente para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.

CENTROS CONCERTADOS:

- | | | |
|--|-------------------|-----------------------|
| - Hospital de Madrid, c/ Oña, 10 | 28050 Madrid | Teléfono: 917 567 800 |
| - Hospital de Madrid, Plaza del Conde del Valle de Suchill, 16 | 28015 Madrid | Teléfono: 914 476 600 |
| - Hospital de Madrid, Av. Castillo de Olivares S/N | 28250 Torreldones | Teléfono: 912 675 000 |
| - Clínica FTM, c/ San Cugat del valles, S/N | 28034 Madrid | Teléfono: 917 364 070 |

