Peris Correduría de Seguros Allianz Seguros

Declaración de Accidente

Seguro de Accidentes Colectivos Federaciones Deportivas

www.allianz.es

Cuestionario: NºPóliza: _____ Ref. Siniestro: _____

(Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la Federación).

Fecha del Accidente

__ __ / __ __ / __ __ __ __

Tomador

Apellidos o Razón Social _____ Nombre _____

Domicilio _____ DNI/CIF _____

C. Postal _____ Población _____ Provincia _____

Lesionado

Apellidos _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento __ __ / __ __ / __ __ __ __ Profesión _____

Domicilio _____ DNI/CIF _____

C. Postal _____ Población _____ Provincia _____

E-mail _____ Web _____ Teléfono _____ Fax _____

Licencia: _____ Grupo de Licencia: _____

Certificación de Accidente expedida por el Club o 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, ...) _____
- Tipo de prueba (nacional, autonómica,...) _____
- Especialidad deportiva (Motocross, trial, velocidad, enduro,...) _____
- Primera asistencia sanitaria prestada en (indicar sólo si procede) _____
- Club Organizador _____

Para la prestación sanitaria, deberá contactar en los teléfonos:

- **902 102 687** — Para atención médica en Andalucía, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid y Murcia. (Zona 1: Tel: 913 255 568 – Fax: 913 255 354 – Mail: asistenciacolectivos.es@allianz.com)
- **902 108 509** — Para atención médica en Aragón, Asturias, Baleares, Castilla la Mancha, Castilla y León, Extremadura, Islas Canarias, La Rioja, Navarra, País Vasco. (Zona 2: Tel: 913 343 293 – Fax: 913 343 276 – Mail: 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 / Club Firma del Lesionado o su representante

Copia para la aseguradora

NORMAS DE ACTUACIÓN 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 de los teléfonos Zona 1:902 102 687 o Zona 2:902 108 509, donde se facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso por fax a Allianz al número Zona 1:913 255 354 o Zona 2:913 343 276
- **Una vez facilitado el número de expediente,** el lesionado acudirá al Centro Médico indicado por Allianz más cercano al lugar del accidente para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.

321 -04/14

AENOR Empresa Registrada RE-2071/2004 — Certificado de Calidad en el diseño y contratación de seguros y la gestión de siniestros.