

**FEDERACIONES DEPORTIVAS**  
**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES**

N.º de póliza:	Nº de Licencia de Federado:
Federación:	

**DATOS DEL LESIONADO**

NOMBRE:	_____
APELLIDOS:	_____
DOMICILIO:	_____ C.P.: _____
POBLACIÓN:	_____
PROVINCIA:	_____
D.N.I.:	_____ TELÉFONO: _____ FECHA NACIMIENTO/EDAD: _____

**CERTIFICACION DEL ACCIDENTE**

D. _____ con DNI _____ en nombre y representación de la Federación arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:
FECHA: ____/____/____ LUGAR: _____
TIPO DE EVENTO: _____
DESCRIPCIÓN: _____
_____
_____
¿Ha recibido Asistencia en el Evento? <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>

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.

Asimismo, **acepta** que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente, a aquellas personas o entidades cuya intervención seane 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 Generali S.A de Seguros y Reaseguros, 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 \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del lesionado

Firma y Sello del Representante Federación

**NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE**

**En caso de Accidente Deportivo que precise asistencia sanitaria de urgencia dentro de las 24 horas siguientes al accidente podrá dirigirse directamente al Centro Concertado de Generali Seguros facilitando este parte de siniestro y copia de la Tarjeta de Federado en vigor. Si el Centro Médico precisase autorización para la prestación de la asistencia la solicitará a la Compañía mediante llamada telefónica al **902 053 902****

**Si no se trata de una asistencia de urgencia ( solo son asistencias de urgencias las que precisan ser realizadas dentro de las 24 horas siguientes al accidente) no podrá dirigirse directamente al Centro Concertado sino que deberá comunicar con la Compañía aseguradora donde le informarán de los trámites a seguir en los siguientes teléfonos:**

914299699 en horario de 9 hs a 14 hs y de 16 hs a 19 hs de lunes a jueves y de 9 hs a 15 hs los viernes  
**902 053 902** en cualquier horario distinto del anterior

**EL CENTRO MEDICO CONCERTADO DE GENERALI SEGUROS NO ATENDERA NINGUNA ASISTENCIA MEDICA QUE NO SEA DE URGENCIAS SI NO TIENE LA AUTORIZACION PREVIA POR ESCRITO DE LA COMPAÑIA..**