

# Declaración de Accidente

## Seguro de Accidentes Colectivos Federaciones Deportivas

Cuestionario: Sucursal: 700 Mediator: 0014875 Colaborador: \_\_\_\_\_ Nº Póliza: 036255181 Certificado: \_\_\_\_\_

Fecha del Accidente

### Tomador

Apellidos o Razón Social FEDERACIÓN ANDALUZA DE REMO Nombre \_\_\_\_\_  
 Domicilio ESTADIO DE LA CARTUJA, PTA. F DNI/CIF V41241373  
 C. Postal 41092 Población SEVILLA Provincia SEVILLA

### Lesionado

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento       Profesión \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ DNI/CIF \_\_\_\_\_  
 C. Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Web \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

### Otros datos

¿Intervino la Autoridad? \_\_\_\_\_ Diga cuál y de qué localidad \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene el Tomador o el Lesionado alguna otra Póliza de Seguro que garantice este accidente? \_\_\_\_\_  
 Cite las señas de las personas que fueron testigos \_\_\_\_\_

### 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, ...) \_\_\_\_\_
- Primera asistencia sanitaria prestada en (indicar sólo si procede) \_\_\_\_\_

Para la prestación sanitaria, cuando se realice a través de la cobertura de Cuadro Médico Allianz, deberá contactar en los teléfonos:

\* 91 325 55 68 - Para prestaciones en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía

\* 91 334 32 93 - Para prestaciones en el resto del territorio español.

### 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



Allianz