

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVOS FEDERACIONES DEPORTIVAS

www.allianz.esCuestionario: Sucursal: 682 Mediador: 130 0754 Colaborador: _____ N° Póliza: 49794864 Certificado: _____Fecha del Accidente **Tomador**Apellidos o Razón Social Federació de Ball Esportiu de la Comunitat Valenciana Nombre _____
Domicilio Maestro Giner, 2 Bjo DNI/CIF G98336597
C. Postal 46940 Población València Provincia València**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, ...) _____

PARA LA PRESTACIÓN SANITARIA, CUANDO SE REALICE A TRAVÉS DE LA COBERTURA DE CUADRO MÉDICO ALLIANZ, DEBERÁ CONTACTAR EN LOS TELÉFONOS:

- **913 255 568** Para atención médica en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía.
- **913 343 293** Para atención médica 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**Protocolo de actuación en caso de accidente:**

- 1º Llamar a los teléfonos arriba indicados dependiendo de la zona donde se precise la asistencia y seguir sus instrucciones.
- 2º Cumplimentar, firmar esta declaración de accidente y remitir al mail: roch.esteve@allianzmed.es