

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES DEPORTIVOS**

La póliza solamente cubre accidentes deportivos de acuerdo con lo establecido en el R.D 849/93, de 4 de Junio y en las condiciones de la póliza

NO ESTÁN CUBIERTAS LESIONES NI DOLENCIAS DE CUALQUIER TIPO QUE NO HAYAN SIDO PROVOCADAS POR UN ACCIDENTE DEPORTIVO

Nº de póliza: <b>CA1057808</b>	Nº de licencia de Federado:
Nombre de la Federación	
<b>DATOS DEL LESIONADO</b>	
NOMBRE _____	APELLIDOS _____
DOMICILIO _____	CP _____
POBLACIÓN _____	
PROVINCIA _____	
D.N.I _____	TELÉFONO _____
	FECHA DE NACIMIENTO _____
EMAIL _____	
<b>DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE</b>	
FECHA      /    /      LUGAR (detallar) _____	
TIPO DE EVENTO competición/entrenamiento/otros (detallar) _____	
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE _____	
DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN _____	
NOMBRE Y TELEFONO DE LAS PERSONAS QUE LE ACOMPAÑAN _____	
¿Ha recibido asistencia en el evento?	SI / NO
¿Ha recibido asistencia de Urgencia?	SI / NO
¿Necesita nueva asistencia médica?	SI / NO
<b>En caso afirmativo el asegurado declara conocer</b>	
<b>que no podrá practicar ninguna actividad deportiva hasta recibir el alta médica por sus lesiones</b>	

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza expresamente el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y actualización de los mismos para:

- La valoración de los daños ocasionados en su persona
- La cuantificación, en su caso de la indemnización que 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 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 PREMAAT, de la necesidad de suministrar 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 de la Federación

En caso de Accidente Deportivo que precise asistencia sanitaria de urgencia deberá ponerse en contacto con el **91 572 08 12** desde donde se le coordinará la asistencia de urgencia en un centro concertado. Si no se trata de una asistencia de urgencia deberá comunicar el accidente enviando el parte a **federacionboxeo@premaat.es**

EL CENTRO MÉDICO CONCERTADO DE PREMAAT NO ATENDERÁ NINGUNA ASISTENCIA MEDICA QUE NO SEA DE URGENCIA SI NO TIENE LA AUTORIZACIÓN PREVIA POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA