

PROGRAMA XOGADE
SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTES DEPORTIVO

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 O DOLENCIAS DE CUALQUIER TIPO QUE NO HAYAN SIDO PROVOCADAS POR UN ACCIDENTE DEPORTIVO

| | |
|---|---|
| Nº. de póliza : 44320001-9 | FEDERADO <input type="checkbox"/> NO FEDERADO <input type="checkbox"/> Indicar entidad: |
| Nº de Licencia: | |
| DATOS DEL LESIONADO | |
| NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ DNI: _____ DOMICILIO: _____ C.P.: _____ POBLACIÓN: _____ MAIL: _____ PROVINCIA: _____ TELÉFONO: _____ FECHA NACIMIENTO/EDAD: _____ | |
| CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE | |
| D. _____ con DNI _____ en nombre y representación de la entidad arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación: Fecha: ____/____/____ Hora ____/____ Población: _____ Tipo de evento: competición <input type="checkbox"/> Entrenamiento organizado <input type="checkbox"/> En caso de competición o entrenamiento organizado, nombre completo de la persona que lo dirigía: _____ TFNO _____ Descripción detallada del accidente: _____ _____ Daños sufridos / Lesión: _____ _____ Nombre y teléfono de las personas con las que estaba en el momento del accidente: _____ _____ ¿Ha recibido Asistencia en el Evento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Requirió la intervención de algún equipo de Salvamento y Socorrismo, Cruz Roja o ambulancia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Necesita nueva asistencia médica? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo el asegurado declara conocer que no podrá practicar ninguna actividad deportiva hasta recibir el alta por sus lesiones. LUGAR DEL ACCIDENTE: Nombre de la instalación deportiva _____ TFNO _____ | |

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 sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como el 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 SegurCaixa Adeslas, 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 accidentado o tutor legal

Firma del responsable y Sello de la entidad (Obligatorio)

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

SI NO SE TRATA DE UNA ASISTENCIA SANITARIA DE URGENCIA (ENTENDIENDO POR TALES LAS QUE SE SOLICITEN DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES AL ACCIDENTE) DEBERÁ COMUNICAR CON LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DONDE LE INFORMARÁN LOS TRÁMITES A SEGUIR EN EL SIGUIENTE EMAIL: autorizaciones2@pronexo.es