

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

Tel Gestor Sanitario: 902922009 (IMPRESINDIBLE LLAMAR EN MOMENTO DE ACCIDENTE)

Tomador Póliza: Federación Gallega de Pádel

Nº Póliza : 20190120369031

Nº Siniestro:

DATOS DEL DEPORTISTA

Nombre y apellidos:.....
Dirección completa:
Fecha de nacimiento:DNI: Teléfono:
Club/Categoría: E-Mail:

INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

Fecha:.....Hora:.....Luga:
Competición:
Descripción del accidente y causa:
.....
.....
.....

DECLARACION JURADA

D....., en calidad de delegado de este jugador certifica que los daños corporales sufridos por el accidentado han tenido lugar durante el transcurso de (1)*....., en la fecha señalada.	
El paciente declara que SI / NO (marcar lo que proceda) ha tenido alguna lesión previa al accidente en la región anatómica dañada. En caso afirmativo describir la lesión previa:	
Firma Delegado	Firma Accidentado DNI
DNI:	
* (1) Competición o entrenamiento oficial	

ENVIE ESTE PARTE: siniestros@centrodeatencionalpaciente.es ANTES DE 24 H

El lesionado autoriza expresamente el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente en este parte y su uso para el propio contrato de seguro, valoración de daños, cuantificación de la indemnización si le correspondiera. Dichos datos serán cedidos a aquellas personas que intervengan en las actividades señaladas como el tomador de la póliza de acuerdo 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 en la compañía y de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.