PARTE DE ACCIDENTE PARA FEDERACIÓN ANDALUZA DE FRONTON

COMUNICA EL ACCIDENTE A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE DESDE QUE SE PRODUCE
AL TELEFONO 677 808 817

TOMADOR DEL SEGURO	FEDERACIÓN ANDALUZA DE FRONTON
Nº DE PÓLIZA	46623110
Nº DE EXPEDIENTE	

DATOS DEL ACCIDENTADO/A

NOMBRE Y APELLIDOS					
DNI		**FECHA NACIMIENTO**			
DOMICILIO					
PROVINCIA Y LOCALIDAD			**C.P.**		
CLUB/PERSONA CONTACTO					
TELÉFONO DE CONTACTO		**EMAIL**			

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

LETRA EN ROJO A RELLENAR POR EL FEDERADO / FEDERACIÓN / ORGANIZADOR

LUGAR DE OCURRENCIA: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

FECHA Y HORA DEL SINIESTRO: _____

FORMA DE OCURRENCIA Y LESIONES OCURRIDAS: _____

_____

_____

_____

CENTRO SANITARIO: _____

El perjudicado/accidentado del siniestro, anteriormente descrito, autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoración de los daños ocasionados en su persona, cuantificando en su caso la indemnización que le corresponda y el pago 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 citadas 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.
Clínicas Beiman asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el/la titular de los datos puede acceder, rectificar, suprimir sus datos, obtener información ampliada sobre protección de datos, así como otros derechos, dirigiéndose por escrito al Delegado de Protección de Datos, en el correo electrónico dpo@clinicabeiman.com

Firma y sello de la Federación

Firma del Lesionado/a

ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

Tfno. Beiman: 677 808 817 (24 horas) / 954 027 032 (Horario clínica).
Mail: autorizacionesbeiman@clinicabeiman.com