

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

Tel Gestor Sanitario (T.P.A.) 981 94 11 11 / 902 92 20 09 N° EXPTE:

Nº de póliza:	Nº de Licencia de Federado (si procede):
Federación/ Tomador: FEDERACION GALLEGA DE TENIS	

DATOS DEL LESIONADO		
NOMBRE:	APELLIDOS:	
DNI:	FECHA NACIMIENTO:	
DOMICILIO:		
POBLACIÓN:	PROVINCIA:	
E-MAIL:		
TELÉFONO:		
CLUB:		
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE		
FECHA:	HORA:	
LUGAR o INSTALACIÓN DEPORTIVA (detallar):		TIPO DE EVENTO (detallar):
DESCRIPCIÓN y CAUSAS DEL ACCIDENTE:		
DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN (detallar).		
TESTIGOS DEL SINIESTRO (nombre, teléfono):		
CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE		
YO, DON/DOÑA _____, con DNI _____ en calidad de _____ del _____, CERTIFICO que el asegurado pertenece al colectivo asegurado y que los daños corporales sufridos por _____ con DNI _____ han tenido lugar durante el transcurso de _____ en la fecha _____ y en su presencia.		
El firmante de esta declaración responde de la veracidad de la misma y es consciente de las consecuencias que puede constituir su falsedad.		
<u>El lesionado declara asimismo que no ha tenido ninguna lesión pasada en la región anatómica accidentada</u>		
Firma del DECLARANTE y DNI	Firma Testigo o juez prueba	Vº Bº y sello
En _____, a _____ de _____ de _____		

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 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 GEROSALUD, 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.

Recuerde: Debe llamar al **981 94 11 11 / 902 92 20 09**

- ☒ Cuando tenga un accidente para que autoricemos la Asistencia de Urgencias y le indiquemos el Centro Sanitario más adecuado para atenderle. Si precisa asistencias posteriores, debe solicitar autorización de las mismas y le indicaremos el Centro Sanitario al que debe acudir.

No se autorizará ninguna actuación sanitaria no que no haya sido gestionada a través del T.P.A.

Debe enviar al email siniestros@gerosalud.es este parte de accidente en un plazo máximo de 72h, así como el informe médico emitido por el facultativo, tras las cuales quedará fuera de cobertura. En caso de que el accidente se haya producido durante una competición, se adjuntará, además, el Acta Arbitral. **Si ha sido en entrenamiento oficial se requerirá la firma y sello del Club y la federación.** No se cubren asistencias derivadas de accidentes en salidas de ocio o desplazamientos que no sean competiciones oficiales o entrenamientos para las mismas.