

# Declaración de Accidente

## Seguro de Accidentes Colectivos Federaciones Deportivas

www.allianz.es

Cuestionario: Nº Póliza: \_\_\_\_\_ Ref. Siniestro: \_\_\_\_\_

(Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la Federación).

**Fecha del Accidente**   

### Tomador

Apellidos o Razón Social: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ DNI/CIF: \_\_\_\_\_

C. Postal: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

### Lesionado

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:       Profesión: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ DNI/CIF: \_\_\_\_\_

C. Postal: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Web: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Licencia: \_\_\_\_\_ Grupo de Licencia: \_\_\_\_\_

### Otros datos

¿Intervino la Autoridad? \_\_\_\_\_ Diga cuál y de qué localidad: \_\_\_\_\_

¿Tiene el Tomador o el Lesionado alguna otra Póliza de Seguro que garantice este accidente? \_\_\_\_\_

Cite las señas de las personas que fueron testigo: \_\_\_\_\_

### Certificación de Accidente expedida por el Club o la Federación

D. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

en nombre y representación de \_\_\_\_\_ Certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

- Fecha y lugar del accidente: \_\_\_\_\_
- Descripción del accidente: \_\_\_\_\_
- Actividad realizada en ese momento (entrenamiento, competición,...) \_\_\_\_\_
- Primera asistencia sanitaria prestada en (indicar sólo si procede) \_\_\_\_\_

**Para la prestación sanitaria, cuando se realice a través de la cobertura de Cuadro Médico Allianz, deberá contactar en los teléfonos:**

**91 325 55 68** Para atención médica en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid y Cantabria.

**91 344 32 93** Para atención médica en el resto del territorio español.

### Ley Orgánica sobre Protección de Datos de carácter personal

Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. integrará los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su declaración de siniestro. El Tomador del Seguro y los Asegurados facultan al Asegurador para que requiera o comunique a médicos y centros sanitarios los datos clínicos necesarios para prestarle el servicio garantizado en su póliza, así como a otros terceros cuya intervención es necesaria para la ejecución del contrato, comprometiéndose la Compañía a guardar la correcta confidencialidad de los mismos.

El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

El abajo firmante declara que los datos que figuran en la presente declaración son verdaderos.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma y sello de la Federación / Club                      Firma del Lesionado o su representante

### NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

- Quedan cubiertos por ésta póliza los accidentes sufridos por los deportistas federados durante la práctica deportiva conforme a lo establecido en el R.D 849/1993, de 4 de junio. Para ello se habrá de presentar la licencia y el D.N.I.
- La federación. Club o Entidad Deportiva cumplimentará en su totalidad éste impreso y comunicará el accidente a Allianz a través de los teléfonos arriba mencionados, donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso por mail a [asistenciacolectivos.es@allianz.com](mailto:asistenciacolectivos.es@allianz.com) (para Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid y Cantabria) y a [allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es](mailto:allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es) (para el resto del territorio español).
- Tras analizar el expediente por parte de la aseguradora se le dará respuesta al federado y autorización de asistencia si fuera objeto de cobertura