

DECLARACION DE SINIESTRO

ACCIDENTES CORPORALES

Datos a cumplimentar por el representante del tomador (Federación, Colegio, Polideportivo, etc.) (2)

(2) En nombre y representación del Tomador, certifica la ocurrencia del accidente, cuyo datos se indican a continuación:

D./ D^a	NIF	Teléfono
Lugar de ocurrencia del siniestro		
c/		
Localidad	Provincia	C. Postal
Detalle las lesiones sufridas:		

Identificación póliza

Tomador:	FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE BAILE DEPORTIVO
Nº Póliza	547929706
Nº Expediente (1)	

(1) Para recibir atención sanitaria, es necesario obtener el número de siniestro. Éste se lo facilitarán llamando al teléfono que se indica en la parte inferior de este documento.

Datos de la persona lesionada

Nombre y apellidos del lesionado (Asegurado)		NIF	Teléfono
Nº de licencia federativa	Edad		
Domicilio del lesionado			
c/		nº	Piso
localidad	Provincia	C. Postal	

El lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza al tratamiento de los daos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para hacer frente a las obligaciones derivadas del contrato de seguro.

Asimismo, consiente expresamente que los referidos datos personales sean comunicados entre la Entidad y servicios sanitarios (médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones de carácter análogo), cuando sea preciso para la adecuada actuación profesional relacionada con el contrato y el eficaz desempeño y cumplimiento de sus fines.

La entidad aseguradora se compromete a respetar y facilitar el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por parte del afectado, en los términos y dentro de los límites establecidos en los artículos 23 a 36 del Real Decreto 1720/2007, por el que se desarrolla la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter personal. El firmante podrá ejercitar los derechos antes mencionados, dirigiendo una carta por correo ordinario al Departamento de Atención al Cliente indicado en la parte inferior de este documento.

Firma del lesionado



Firma y sello del Tomador,

Margarita Capitán Martín

Normas de actuación en caso de accidente para el lesionado

1	El tomador o lesionado deberá cumplimentar en su totalidad este impreso y comunicará el accidente al asegurador a través del teléfono que se indica en la parte inferior de este documento, donde le facilitarán el número de expediente.
2	Posteriormente deberá enviar este documento cumplimentado al correo electrónico indicado en la parte inferior de este documento.
3	El lesionado acudirá al centro médico autorizado, donde hará entrega de este documento debidamente cumplimentado y con el número de expediente.

Normas de actuación para el centro médico

Deben remitir toda la documentación referente al lesionado y accidente a que se refiere la presente Declaración de Siniestro, al correo electrónico indicado en la parte inferior de este documento.

Datos del centro médico autorizado

Centro Médico:	
Dirección:	
Nombre del asegurador:	PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A - Plaza de las Cortes, nº 8 (28014) Madrid
Teléfono:	91 - 783.83.83
Correo electrónico:	digitaliza@gcoservicios.com,