

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PARA FEDERACIONES
ASISTENCIA DIRECTA A CENTRO CONCERTADO



TOMADOR	
Nº DE EXPEDIENTE	

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE Y APELLIDOS _____	DNI _____	EDAD _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELÉFONO _____
Nº LICENCIA _____		

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. _____, Con D.N.I. nº _____, en nombre y representación de la Entidad Deportiva, Club o Federación arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____	CLUB : _____
DOMICILIO _____	TELÉFONO _____
FECHA DE OCURRENCIA _____	
FORMA DE OCURRENCIA _____	

ATENCIÓN SANITARIA EN _____

El perjudicado/lesionado 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 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 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 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.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados.

El fichero creado está ubicado en FIATC, bajo la supervisión y control de FIATC., quien 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 titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

Firma del Lesionado

Sello y firma del Club

ANTE LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE:

- 1.- Si requiere asistencia urgente, diríjase al centro concertado más próximo. Tenga su tarjeta de Federado y su DNI a mano, pues le será solicitado en dicho centro.
- 2.- Después de recibida la asistencia, solicite un informe médico de la asistencia recibida.
- 3.- Con este informe, cumplimente el Parte de Accidente, dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del accidente, hágalo sellar por el Club y remítalo al fax 983472549 de FIATC Castilla y Leon o por email a cvaldunq@fiatc.es.
- 4.- Para sucesivas asistencias derivadas del mismo accidente, solicite autorización a FIATC.
- 5.- Con este informe, diríjase a las oficinas de la Federación, para cumplimentar el Paret de Accidente, dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del accidente.
- 6.- El centro médico concertado remitirá parte de accidente e informe médico a Fiatc.

Y, ante cualquier problema o consulta, llame al 902 102 264 *si se encuentra en territorio nacional y en caso de estar en el extranjero, llame al 932 001 819.* Es su teléfono amigo y está para ayudarle a resolver cualquier problema que pueda Ud. tener relativo a su accidente.