

PART D'ACCIDENTS PER A ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

BENEFICIARI DE L'ASSEGURANÇA	GENERALITAT VALENCIANA – VICEPRESIDÈNCIA PRIMERA I CONSELLERIA DE CULTURA I ESPORT – DIRECCIÓ GENERAL D'ESPORT
NÚM. DE PÒLISSA	50346383
NÚM. D'EXPEDIENT	

(*) El número d'Expedient serà facilitat per la Companyia en comunicar l'accident, per part de l'Entitat o assegurat al telèfon del Centre d'Assistència: 960 992 840

DADES DE L'ACCIDENTAT/A

NOM I COGNOMS					
DNI		EDAT		SEXE	
DOMICILI					
PROVÍNCIA I LOCALITAT				C.P.	
NÚM. DE LLICÈNCIA			TELÈFON		
ESPORT			CATEGORIA		

CERTIFICACIÓ DE L'ACCIDENT

Sr/Sra.

DNI núm.

CLUB/ENTITAT:

En nom i representació del Club/Entitat dalt indicat i inscrit en els Jocs Esportius, certifica l'ocurrència de l'accident les dades del qual s'indiquen a continuació:

LLOC D'OCURRÈNCIA:

DOMICILI:

TELÈFON:

DATA DEL SINISTRE:

FORMA D' OCURRÈNCIA:

CENTRE SANITARI PÚBLIC EN QUÈ S'HA REBUT LA PRIMERA ASSISTÈNCIA ABANS DE TRANSCORREGUDES 48 HORES DE L'OCURRÈNCIA DE L'ACCIDENT:

S'entén per accident la lesió corporal que deriva d'una causa violenta, sobtada i aliena a la intencionalitat i voluntat de la persona assegurada, sobrevinguda pel fet u ocasió de l'exercici de l'activitat o competició esportiva assegurada, i que li provoqe invalidesa temporal, permanent o mort, sense patologia ni alteració anatòmica prèvia.

El perjudicat/accidentat del sinistre anteriorment descrit autoritza el tractament de les dades personals subministrats voluntàriament a través del present document i l'actualització dels mateixos perquè es puga complir el propi contracte d'assegurança, realitzar la valoració dels danys ocasionats en la seua persona, quantificant si és el cas la indemnització que li corresponga i el pagament de l'import de la referida indemnització. Així mateix accepta que les referides dades personals siguen cedides, exclusivament a aquelles persones o entitats la intervenció de les quals siga necessària per al desenvolupament de les finalitats esmentades anteriorment, així com a l'acceptant de la pòlissa d'assegurances, i sense necessitat que li siga comunicada cada primera cessió que s'efectue als referits cessionaris.

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS - COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER) com a entitat col·laboradora assumixen l'adopció de les mesures de seguretat d'indole tècnica i organitzativa per a protegir la confidencialitat i integritat de la informació d'acord amb el que estableix la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals i la resta de legislació aplicable i davant de qui el titular de les dades pot exercitar drets d'accés, rectificació i cancel·lació dels seus dades de caràcter personal subministrats, per mitjà de comunicació escrita dirigida a l'entitat Caja de Seguros Reunidos – Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (CASER), a la direcció Avinguda de Burgos, 109 (28050 MADRID) a l'atenció del Departament prestacions o per correu electrònic a la direcció jocesportius@itegra.es

Firma i Segell del/de la representant de l'Entitat

Firma la persona lesionada/accidentada

PARTE DE ACCIDENTES PARA ASISTENCIA SANITARIA

TOMADOR DEL SEGURO	GENERALITAT VALENCIANA – VICEPRESIDENCIA PRIMERA Y CONSELLERIA DE CULTURA Y DEPORTE – DIRECCIÓN GENERAL DEL DEPORTE
Nº DE PÓLIZA	50346383
Nº DE EXPEDIENTE	

(*) El nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte de la Entidad o asegurado al teléfono del Centro de Asistencia: 960 992 840

DATOS DEL/DE LA ACCIDENTADO/A

NOMBRE Y APELLIDOS				
DNI		EDAD		SEXO
DOMICILIO				
PROVINCIA Y LOCALIDAD			C.P.	
Nº DE LICENCIA			TELEFONO	
DEPORTE		CATEGORIA		

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D/Dña.

DNI nº

CLUB/ENTIDAD:

En nombre y representación del Club/Entidad arriba indicado e inscrito en los Jocs Esportius, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

FECHA DEL SINIESTRO:

FORMA DE OCURRENCIA:

CENTRO SANITARIO PÚBLICO EN EL QUE SE HA RECIBIDO LA PRIMERA ASISTENCIA ANTES DE TRANSCURRIDAS 48 HORAS DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE:

Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita y ajena a la intencionalidad y voluntad del asegurado, sobrevenida por el hecho u ocasión del ejercicio de la actividad o competición deportiva asegurada y que le produzca invalidez temporal, permanente o muerte, sin patología ni alteración anatómica previa.

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 seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS - COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASSER) como entidad colaboradora asumen 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 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad Caja de Seguros Reunidos – Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (CASSER). a la dirección Avenida de Burgos, 109 (28050 MADRID) a la atención del Departamento prestaciones o por correo electrónico a la dirección jocesportius@itegra.es

Firma y Sello del/de la representante de la Entidad

Firma de la persona lesionada/accidentada