

**FEDERACIONES DEPORTIVAS**  
**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES DEPORTIVOS**

La póliza solamente cubre accidentes deportivos de acuerdo con lo establecido en el R.D. 849/93, de 4 de Junio y en las condiciones de la póliza.  
NO ESTAN CUBIERTAS LESIONES NI DOLENCIAS DE CUALQUIER TIPO QUE NO HAYAN SIDO PROVOCADAS POR UN ACCIDENTE DEPORTIVO

N.º de póliza: <b>2557</b>	Nº de Licencia de Federado:
----------------------------	-----------------------------

Federación: <b>FEDERACIÓ CATALANA D'HANDBOL</b>
---

<b>DATOS DEL LESIONADO</b>
NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ DOMICILIO: _____ C.P.: _____ MAIL: _____ POBLACIÓN: _____ PROVINCIA: _____ D.N.I.: _____ TELÉFONO: _____ FECHA NACIMIENTO/EDAD: _____ CLUB: _____

<b>DESCRIPCION DEL ACCIDENTE</b>
FECHA: ___/___/___ LUGAR (detallar): _____ TIPO DE EVENTO competición / entrenamiento / otros (detallar): _____ DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: _____ _____ DAÑOS SUFRIDOS/LESION: _____ NOMBRE Y TELEFONO DE LAS PERSONAS QUE LE ACOMPAÑABAN: _____ ¿Ha recibido Asistencia en el Evento? <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> ¿Necesita nueva asistencia médica? <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> En caso afirmativo el asegurado declara conocer que no podrá practicar ninguna actividad deportiva hasta recibir el alta médica por sus lesiones.

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 SANTALUCIA, 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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del lesionado

Firma y sello del Club y/o Federacion ( Técnico o entrenador )

**NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE**

El accidente deberá ser comunicado en un plazo máximo de 7 días a la plataforma de siniestros de **AON**, de las siguientes 3 maneras :

- a. Por mail remitiendo parte de accidentes, copia de la licencia e informes de urgencias si hubiera a [siniestrosfederaciones@europ-assistance.es](mailto:siniestrosfederaciones@europ-assistance.es)
- b. Lunes a Viernes de 9.00 a 18.00 **93 275 69 78**
- c. Lunes a Viernes de 18.00 a 9.00 y fines de semana **902 400 441 ( Solo Urgencias )**

**SANTALUCÍA NO ATENDERÁ NINGUNA ASISTENCIA MÉDICA SI NO TIENE LA AUTORIZACIÓN PREVIA POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.**