

**FEDERACIONES DEPORTIVAS 2014-2015**  
**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES DEPORTIVOS**

--

N.º de póliza:	Nº de Licencia de Federado:
Federación:	

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

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE
FECHA: __/__/____
LUGARo INSTALACIÓN DEPORTIVA (detallar): _____
TIPO DE EVENTO competición / entrenamiento / otros (detallar): _____
DESCRIPCIÓNy CAUSAS DEL ACCIDENTE: _____
_____
_____
_____
DAÑOS SUFRIDOS/LESION (detallar) _____
_____
_____

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE
YO, DON/DOÑA _____, con DNI: _____ en calidad de _____ del Club/Federación _____, CERTIFICO que los daños corporales sufridos por el asegurado _____ con DNI: _____ han tenido lugar durante el transcurso de _____ en la fecha _____ y en su presencia. El firmante de esta declaración responde de la veracidad de la misma y es consciente de las consecuencias que puede constituir su falsedad.
Firma del DECLARANTE y DNI
Vº Bº y sello club/federación.

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 seanecesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguro, y sin necesidad de que le seacomunicada 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 existenciade un fichero informático de titularidad de PREBAL, de la necesidad de suministrar los datos médicos requeridos parapoder 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 lapresente declaración de siniestro de accidentes.

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

**ENVIAR ESTE PARTE DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO A PREBAL**  
**POR MAIL A [accidentesdeportivos@prebal.es](mailto:accidentesdeportivos@prebal.es)**  
**EN EL PLAZO MÁXIMO DE 48 HORAS DESDE LA COMUNICACIÓN**