



## PARTE DE ACCIDENTES 2.018-2.019

**Nº EXPTE.**

**Nº PÓLIZA: 51353416**

**ASEGURADORA: MGS SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.**

**MEDIADOR: UNIFEDESPT CORREDORIA D'ASSEGURANCES S.A.**

**Teléfono de comunicación del accidente: 935.950.460**

### **Datos del Deportista:**

Club al que pertenece.....

Apellidos y Nombre.....

Dirección Completa: .....

Fecha Nacimiento..... Nif..... Teléfono..... Móvil.....

Club..... Actividad ().....

### **Información sobre el accidente:**

Fecha Accidente. .... Hora..... Lugar.....

Competición / Entrenamiento.....

Causas del Accidente y daño sufrido **(explicar con detalle el accidente):**

.....

.....

.....

### **Firma del Accidentado o Tutor (en caso de ser menor de edad)**

### **DECLARACION JURADA**

D....., en calidad de (1)\* .....de este asegurado, certifica que los daños corporales sufridos por el accidentado han tenido lugar durante el transcurso de (2)\*\*....., en la fecha señalada y en su presencia. El firmante de esta declaración responde de la veracidad de la misma y es consciente de que las posibles falsedades vertidas en ella pueden constituir un delito.

(1) \* Entrenador, delegado, etc.

(2) \*\* Partido o entrenamiento.

Firma:

D.N.I.: .....

Vº Bº y Sello Federación

El lesionado señalado autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente en este parte y la utilización de los mismos para el fin propio del objeto del contrato de seguro, valoración de los daños, cuantificación y pago de la indemnización. Dichos datos serán cedidos exclusivamente a aquellas personas que intervengan en las actividades señaladas así como al tomador de la póliza, todo de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1.999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**ENVÍE ESTE PARTE AL FAX: 902.105.648 O A TRAVÉS DEL E-MAIL [autorizaciones@asesmed.es](mailto:autorizaciones@asesmed.es) EN UN MÁXIMO DE 24 HORAS.**