

**PARTE DE ACCIDENTE 2.020-2.021**

**CENTRO DE ATENCION AL PACIENTE/SURNE/GEROSALUD**

**Datos del deportista:**

**Nº EXPTE.**

Tomador, Póliza:.....Nº de Póliza **20200820386968**  
Apellidos, Nombre.....  
Dirección Completa:.....  
Fecha Nacimiento..... Nif..... Teléfono.....  
Club..... Categoría.....

**Información sobre el accidente:**

Fecha del Accidente..... Hora.....  
Lugar.....  
Competición.....  
Causas del Accidente y daño sufrido (explicar con detalle el accidente):  
.....  
.....  
.....

**DECLARACION JURADA:**

D....., en calidad de delegado de este jugador certifica que los daños corporales sufridos por el accidentado han tenido lugar durante el transcurso de (1)\*....., en la fecha señalada. 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.

Firma Delegado  
DNI

Firma Accidentado  
DNI

(1) \*Competición o entrenamiento

**ENVÍE ESTE PARTE AL E-MAIL [siniestros@centrodeatencionalpaciente.es](mailto:siniestros@centrodeatencionalpaciente.es) ANTES DE 24 HORAS.**

Vº Bº y Sello TOMADOR

El lesionado autoriza 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.