

TELEFONO 981 941 111 (IMPRESINDIBLE LLAMAR ANTES)

Nº EXPTE.

PARTE DE ACCIDENTE 2.021-2.022

CENTRO DE ATENCION AL PACIENTE/SURNE/GEROSALUD

Datos del deportista:

Tomador, Póliza:.....Nº de Póliza.....
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@gerosalud.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.