

FEDERACIONES DEPORTIVAS
SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DEPORTIVO

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 O DOLENCIAS DE CUALQUIER TIPO QUE NO HAYAN SIDO PROVOCADAS POR UN ACCIDENTE DEPORTIVO

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

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

CERTIFICACION DEL ACCIDENTE
D. _____ con DNI _____ en nombre y representación de la Federación arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación: Fecha del accidente: ____/____/____ Hora ____/____ Población: _____ Tipo de evento: Competición <input type="checkbox"/> Entrenamiento organizado <input type="checkbox"/> Otros (detallar): _____ En caso de competición o entrenamiento organizado por su Federación, nombre completo de la persona que lo dirigía: _____ TFNO _____ Descripción detallada del accidente: _____ Daños sufridos / Lesión: _____ Nombre y teléfono de las personas con las que estaba en el momento del accidente: _____ ¿Ha acudido a urgencias? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nombre y teléfono: _____ ¿Requirió la intervención de algún equipo de Salvamento y Socorrismo, Cruz Roja o ambulancia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Necesita nueva asistencia médica? SI <input type="checkbox"/> NO <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. ACCIDENTES EN CENTROS DEPORTIVOS: Nombre de la instalación deportiva _____ TFNO _____

Se le informa al perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito, que los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos, serán utilizados para:

- El cumplimiento del propio contrato de seguro, que confiere el interés legítimo para el tratamiento de los datos
- 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, se le informa que sus datos personales serán 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, sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Howden Iberia S.A.U. Correduría de Seguros y Reaseguros ("HOWDEN"), en cumplimiento con el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 ("RGPD") de Protección de Datos de Carácter Personal, le informa que sus datos personales obtenidos a los efectos del presente formulario, quedarán incorporados en un fichero titularidad de HOWDEN. HOWDEN garantiza la confidencialidad de la información a la que pueda tener acceso con motivo de la tramitación de su siniestro, especialmente los datos de salud, considerados por el RGPD como especialmente sensibles, obligación que hará extensiva a sus empleados y colaboradores.

Sus datos serán conservados mientras subsista la finalidad para la cual fueron recabados y hasta el vencimiento de los plazos de prescripción de las acciones que pudieran derivarse del cumplimiento de la solicitud o el contrato. El asegurado tiene derecho a obtener información sobre el tratamiento que se realiza sobre sus datos personales, además de poder ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y, cuando legalmente proceda, portabilidad, mediante el envío de una petición o solicitud dirigida al responsable de protección de datos personales, esto es, Howden Iberia, S.A.U., dirección calle Montalbán nº7, 28014 Madrid, o a la dirección electrónica protecciondedatos@howdeniberia.com, además de poder ponerse en contacto con el delegado de protección de datos de HOWDEN a través del correo dpo.protecciondedatos@howdeniberia.com. También tiene derecho a presentar una reclamación en España ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es) así como a solicitar ante dicho organismo información y tutela sobre el ejercicio de sus derechos.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del accidentado

Firma del representante y Sello de la Federación (Obligatorio)



NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de Accidente Deportivo que precise asistencia sanitaria de urgencia (las que se soliciten dentro de las 48 horas siguientes al accidente) podrá dirigirse directamente al Centro Concertado de Generali Seguros facilitando el parte de comunicación de accidentes deportivos y copia de la Tarjeta de Federado en vigor. Si el Centro Médico precisase autorización para la prestación de la asistencia la solicitará a la Compañía mediante llamada telefónica al 902 053 902.

Si no se trata de una asistencia de urgencia (entendiendo por tales las que se soliciten dentro de las 48 horas siguientes al accidente) no podrá dirigirse directamente al Centro Concertado sino que deberá comunicar con la Compañía aseguradora a través de HOWDEN, donde le informarán de los trámites a seguir en los siguientes teléfonos:

902 551 587 en horario de 9 hs a 14 hs y de 16 hs a 18,30 hs de lunes a jueves y de 9 hs a 15 hs los viernes

A su vez puede declarar el siniestro enviado el parte a accidentesdeportivos@howdeniberia.com

EL CENTRO MEDICO CONCERTADO DE GENERALI SEGUROS NO ATENDERA NINGUNA ASISTENCIA MEDICA QUE NO SEA DE URGENCIAS (dentro de las 48 Horas siguientes al accidente) SI NO TIENE LA AUTORIZACION PREVIA POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.