GENERALI Seguros

howden

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: L6.G.427.000.432	**Nº de Licencia de Federado:**
Federación: Federación Hípica de Madrid	

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE: _____ **APELLIDOS:** _____ **D.N.I.:** _____
DOMICILIO: _____ **C.P.:** _____ **POBLACIÓN:** _____ **MAIL** _____
PROVINCIA: _____ **TELÉFONO:** _____ **FECHA NACIMIENTO/EDAD:** _____

CERTIFICACION DEL ACCIDENTE

Dª ROSARIO TINAHONES GARCÍA en nombre y representación de la Federación Hípica de Madrid, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:
Fecha: ____/____/_____ **Hora**____/____ **Población:**_____

Tipo de evento: Competición ☐ **Entrenamiento organizado** ☐ **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 recibido Asistencia en el Evento? SI ☐ **NO** ☐ **Nombre y teléfono:** _____
¿Requirió la intervención de algún equipo de Salvamento y Socorrismo, Cruz Roja o ambulancia? SI ☐ **NO** ☐
¿Necesita nueva asistencia médica? SI ☐ **NO** ☐ **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**_____

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 sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguro, y sin necesidad de que le sea comunicada 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 existencia de un fichero informático de titularidad de Generali S.A de Seguros y Reaseguros , de la necesidad de suministrar los datos médicos requeridos para poder 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 la presente declaración de siniestro de accidentes.

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.