Añó & Lozano, Correduría de seguros Allianz Seguros

Declaración de Accidente

Seguro de Accidentes Colectivos Federaciones Deportivas

www.allianz.es

Cuestionario: Nº Póliza: 58060332 Ref. Siniestro: _____

(Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la Federación).

Fecha del Accidente

__ __ / __ __ / __ __ __ __

Tomador

Apellidos o Razón Social FEDERACIÓN DE BOXEO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA Nombre _____

Domicilio CL DE MARTÍ L'HUMÀ, 14 DNI/CIF G46362125

C. Postal 46008 Población VALENCIA Provincia VALENCIA

Lesionado

Apellidos _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento __ __ / __ __ / __ __ __ __ Profesión _____

Domicilio _____ DNI/CIF _____

C. Postal _____ Población _____ Provincia _____

E-mail _____ Web _____ Teléfono _____ Fax _____

Licencia: _____ Grupo de Licencia: _____

Datos del Accidente

¿Intervino la Autoridad? _____ Diga cuál y de qué localidad _____

¿Tiene el Tomador o el Lesionado alguna otra Póliza de Seguro que garantice este accidente? _____

Cite las señas de las personas que fueron testigo _____

- Fecha y lugar del accidente _____
- Descripción del accidente _____
- Actividad realizada en ese momento (entrenamiento, competición,...) _____
- Primera asistencia sanitaria prestada en (indicar sólo si procede) _____

Para la prestación sanitaria, cuando se realice a través de la cobertura de Cuadro Médico Allianz, deberá contactar con el teléfono:

913 343 293 Para atención médica en el territorio español.

Ley Orgánica sobre Protección de Datos de carácter personal

Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. integrará los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su declaración de siniestro. El Tomador del Seguro y los Asegurados facultan al Asegurador para que requiera o comunique a médicos y centros sanitarios los datos clínicos necesarios para prestarle el servicio garantizado en su póliza, así como a otros terceros cuya intervención es necesaria para la ejecución del contrato, comprometiéndose la Compañía a guardar la correcta confidencialidad de los mismos.

El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

El abajo firmante declara que los datos que figuran en la presente declaración son verdaderos.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma y sello de la Federación / Club Firma del Lesionado o su representante

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

Quedan cubiertos por ésta póliza los accidentes sufridos por los deportistas federados durante la práctica deportiva conforme a lo establecido en el R.D 849/1993, de 4 de junio. Para ello se habrá de presentar la licencia y el D.N.I

La federación. Club o Entidad Deportiva cumplimentará en su totalidad éste impreso y comunicará el accidente a Allianz a través de los teléfonos arriba mencionados, donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso por mail a allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es

Tras analizar el expediente por parte de la aseguradora se le dará respuesta al federado y autorización de asistencia si fuera objeto de cobertura

AENOR Empresa Registrada RE-2071/2004 — Certificado de Calidad en el diseño y contratación de seguros y gestión de siniestros.

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Sede Social: C/ Tarragona, 109 - 08014 Barcelona - www.allianz.es
R.M. de Barcelona, Tomo 41520; Folio 49; Hoja B 393781 - N.I.F. A-28007748