

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

TOMADOR:

Nº DE POLIZA:

DATOS DEL LESIONADO (FEDERADO).-

Nombre y Apellidos

NIF.: Edad:

Domicilio:

Localidad:

Provincia: C.P.: Teléfono:

Nº Licencia: Mail:

DESCRIPCION DEL ACCIDENTES.-

Fecha del Accidente: Lugar de Ocurrenia (Club):

Localidad: Provincia:

Descipción detallada:

CENTRO MEDICO/ FACULTATIVO QUE PRESTA LA ATENCION SANITARIA:

El perjudicado del siniestro anteriormente descrito autoriza 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 años ocasionados en su persona.
- La cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponda.
- El pago 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.

Conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, 15/99, le comunicamos que sus datos, incluidos los de salud, serán incorporados a un fichero del que es responsable REALE SEGUROS GENERALES.

Firma del Lesionado:

Firma y Sello del Representante del Tomador: