

**PARTE DE ACCIDENTES PARA FEDERACIONES DEPORTIVAS**

TOMADOR DEL SEGURO	CONFEDERACION ANDALUZA DE FEDERACIONES DEPORTIVAS FEDERACION ANDALUZA DE PADEL
Nº DE PÓLIZA	SO C30 0002304
Nº DE EXPEDIENTE (*)	

(\*) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte de la federación al teléfono del Centro de Asistencia: 902 10 71 20

**DATOS DEL ACCIDENTADO**

NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI		EDAD	
DOMICILIO			
PROVINCIA Y LOCALIDAD		C. P.	
Nº DE LICENCIA			

**CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**

D. Dña. _____, Con DNI nº _____	
En nombre y representación de la Federación, Club o Entidad Deportiva arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:	
LUGAR DE OCURRENCIA: _____	
DOMICILIO: _____	TELÉFONO: _____
FECHA Y HORA DEL SINIESTRO: _____	
FORMA DE OCURRENCIA Y LESIONES PRODUCIDAS: _____	
_____	
CENTRO SANITARIO: _____	
<p><small>El perjudicado/accidentado 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 que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoración de los daños ocasionados en su persona, cuantificando en su caso la indemnización que le corresponda y 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 citadas 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. Tanto Helvetia como Sersanet asumen la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.</small></p>	
Firma y sello del representante de la Entidad	Firma del Lesionado

**-MUY IMPORTANTE:**

SE DEBEN INGRESAR LOS TRES EUROS DE GASTOS DE TRAMITACION AL NUMERO DE CUENTA DE LA FAP EN CAJASOL: 2106-0384-92-1372006614. AQUELLOS PARTES QUE NO SE ACOMPAÑEN DE LOS GASTOS DE TRAMITACION PODRÁN SER ANULADOS Y EN CONSECUENCIA DEBERAN ASUMIR PERSONALMENTE LOS GASTOS DE ASISTENCIA MEDICA Y HOSPITALARIA.

**Remitir a Sersanet al número de fax: 91 376 80 97 o por email:  
departamentodeatencion@sersanet.es**