



**PARTE DE ACCIDENTES PARA ASISTENCIA SANITARIA**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>TOMADOR DEL SEGURO</b> | <b>FEDERACIÓN DE COLOMBICULTURA DE LA REGIÓN DE MURCIA</b> |
| <b>Nº DE PÓLIZA</b>       | <b>114956</b>  |
| <b>Nº DE EXPEDIENTE</b>   |  |

(\*) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte del Tomador al teléfono del Centro de Asistencia: 902 01 01 66

**DATOS DEL ACCIDENTADO**

|                              |  |                 |  |
|------------------------------|--|-----------------|--|
| <b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>    |  |                 |  |
| <b>DNI</b>                   |  | <b>EDAD</b>     |  |
| <b>DOMICILIO</b>             |  |                 |  |
| <b>PROVINCIA Y LOCALIDAD</b> |  | <b>C.P.</b>     |  |
| <b>Nº DE LICENCIA</b>        |  | <b>TELEFONO</b> |  |

**CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**

|  |                     |
|--|---------------------|
| D. Dña. _____  | DNI nº _____        |
| CLUB : _____   |                     |
| En nombre y representación del Tomador del Seguro arriba indicado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:  |                     |
| LUGAR DE OCURRENCIA: _____   |                     |
| DOMICILIO: _____   | TELÉFONO: _____     |
| FECHA DEL SINIESTRO: _____   |                     |
| FORMA DE OCURRENCIA: _____   |                     |
| _____  |                     |
| CENTRO SANITARIO: _____  |                     |
| 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 seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectue a los referidos cesionarios.  |                     |
| MARKEL Y CANAL SALUD 24 S.L. como entidad colaboradora 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 trece de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad Canal Salud 24 S.L. a la dirección – Edificio las Rozas 23 - oficina 3 - Planta 1ª. Ctra. de la Coruña Km 23.200 28232 Las Rozas (MADRID) a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o por correo electrónico a la dirección <a href="mailto:protecciondedatos@canalsalud24.com">protecciondedatos@canalsalud24.com</a> . |                     |
| Firma y Sello del representante de la Entidad  | Firma del Lesionado |