

PARTE DE ACCIDENTE 2.012-2.013

Nº EXPTE.

ASEGURADORA: CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE SE
MEDIADOR:

Datos del Deportista:

Federación
Apellidos y Nombre
Dirección Completa:
Fecha Nacimiento.....DNI Teléfono Móvil
Club..... Categoría

Información sobre el accidente:

Fecha Accidente. Hora Lugar
Competición / Entrenamiento.....
Causas del Accidente y daño sufrido (explicar con detalle el accidente):
.....
.....
.....
.....

Certificación del accidente:

D., con D.N.I. nº.....en nombre y representación de la Federación o Club arriba referenciado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se han indicado.

El lesionado señalado **autoriza** el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente en este parte y la utilización de los mismos para el fin propio del objeto del contrato de seguro, valoración de los daños, cuantificación y pago de la indemnización. Dichos datos serán cedidos exclusivamente a aquellas personas que intervengan en las actividades señaladas así como al tomador de la póliza, todo de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1.999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Firma del Lesionado

Firma y sello del representante de la Entidad

ENVÍE ESTE PARTE A CHUBB INSURANCE AL FAX: 902.104.053 O A TRAVÉS DEL E-MAIL federaciones@chubb.com EN UN MÁXIMO DE 24 HORAS.