



## PARTE DE ACCIDENTE

### **Federación Madrileña de Karate y Disciplinas Asociadas** **Póliza: B1819A230248/249**

#### **En caso de accidente que necesite asistencia sanitaria:**

1. Llama siempre al teléfono **911 599 590** y acude al centro médico que te indiquen y nunca a la Seguridad Social (excepto urgencia vital).
2. Rellena el siguiente parte de accidente y envíasele al responsable de tu federación para que lo sellen cuanto antes y poder recibir la asistencia médica que precisas (no puede exceder de 7 días desde la fecha de ocurrencia o te rechazarán la atención médica).
3. No acudas a un hospital concertado sin haber recibido autorización por parte de la compañía, pues los gastos correrán de tu cuenta.
4. Después, envía este parte sellado junto con el informe médico de la primera asistencia (en caso de que la hayas precisado) a [asistencia@digglo.es](mailto:asistencia@digglo.es).
5. A partir de este momento puedes solicitar por cualquiera de las vías, telefónica o mail, los tratamientos prescritos por el médico tratante.

#### **Datos del deportista**

|                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:                                                          |
| FECHA DE NACIMIENTO:                                                         |
| DNI / PASAPORTE:                                                             |
| CÓDIGO POSTAL, POBLACIÓN y PROVINCIA:<br>(no es necesario indicar domicilio) |
| TELÉFONO CONTACTO:                                                           |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                          |
| CLUB DEPORTIVO al que pertenece:                                             |
| Sexo: Hombre / Mujer                                                         |
| Edad: +14 años / -14 años                                                    |
| Nº: Licencia                                                                 |

#### **Información sobre el accidente**

|                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LUGAR DE OCURRENCIA:                                                                                                                                                                              |
| FECHA Y HORA DE ACCIDENTE:                                                                                                                                                                        |
| TESTIGOS (Nombres de los testigos):                                                                                                                                                               |
| <b>MECANISMO DE PRODUCCIÓN:</b><br>(Detalle claramente cómo se ha producido el accidente)                                                                                                         |
| <b>DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES</b> (Indique daños sufridos):                                                                                                                                      |
| <b>¿Ha tenido anteriormente alguna lesión en las zonas anatómicas indicadas en párrafo anterior?</b><br><b>Si es así, detalle la lesión o lesiones, tratamiento recibido y año de ocurrencia:</b> |

Firma del asegurado:

|  |
|--|
|  |
|--|

Sello FEDERACIÓN, CLUB o Firma Responsable Club

|  |
|--|
|  |
|--|

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza expresamente el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para:

1. El cumplimiento del propio contrato de seguro
2. La valoración de los daños ocasionados en su persona
3. La cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponda
4. El pago, en su caso, 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.

De conformidad con lo establecido en la Ley 15/99 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, quedo informado de la existencia de un fichero informático de titularidad de LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A., de la necesidad de suministrar los datos médicos requeridos para poder tramitar el siniestro objeto de la presente declaración y de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, prestando el consentimiento expreso al tratamiento automatizado de los datos, y muy especialmente de los datos de salud contenidos en la presente declaración de siniestro de accidentes.