



PARTE DE ACCIDENTE 2.017

Nº EXPTE.

ASEGURADORA: AVIABEL

MEDIADOR: ALKORA E.B.S CORREDURÍA DE SEGUROS S.A.

Teléfono de comunicación del accidente: 917.376.306

Datos del Deportista:

Federación:**Fed. Dep. Aéreos Comunidad Valenciana** Nº Póliza: PA 14.022.117

Apellidos y Nombre Licencia.....

Dirección Completa:

Fecha Nacimiento..... Nif Teléfono Móvil

Club..... Categoría Mail.....

Información sobre el accidente:

Fecha Accidente. Hora Lugar

Competición / Entrenamiento.....

Causas del Accidente y daño sufrido (explicar con detalle el accidente):

.....
.....
.....
.....
.....

Firma del Accidentado o Tutor.....

DECLARACION JURADA

D., en calidad de (1)*de este federado, certifica que los daños corporales sufridos por el accidentado han tenido lugar durante el transcurso de (2)**....., en la fecha señalada y en su presencia. El firmante de esta declaración responde de la veracidad de la misma y es consciente de que las posibles falsedades vertidas en ella pueden constituir un delito.

Firma:

(1) * Entrenador, delegado, etc.

(2) ** Competición o entrenamiento.

D.N.I.:

Vº Bº y Sello Federación

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.

**ENVÍE ESTE PARTE AL FAX: 902.105.648 O A TRAVÉS DEL E-MAIL autorizaciones@asesmed.es
EN UN MÁXIMO DE 24 HORAS.**

La presentación de este parte de accidentes implica la PROHIBICIÓN de participar en cualquier competición o entrenamiento hasta recibir el ALTA MÉDICA DEPORTIVA