

# Declaración de accidente

Tomador (federación, club o centro escolar) ROCALB SUB, S.L.

Nº de póliza 8599736 Nº de siniestro facilitado por AXA \_\_\_\_\_

## Datos del lesionado

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto \_\_\_\_\_ Nº licencia/socio \_\_\_\_\_

## Datos del accidente

Don/Doña \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

en nombre y representación del Centro Escolar, la Entidad Deportiva, Club o de la Federación arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

Lugar de ocurrencia \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Fecha de ocurrencia \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Descripción de los hechos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lesiones \_\_\_\_\_

Atención sanitaria prestada en \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Firma del lesionado

Firma del representante de la entidad y sello



En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador/Asegurado queda informado y autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y el tratamiento de los mismos con la finalidad de gestionar la correspondiente solicitud de prestación. Asimismo, el Tomador/Asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato. En el caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del Tomador/Asegurado, el Tomador/Asegurado manifiesta haber informado y obtenido el consentimiento previo de aquellas para el tratamiento de sus datos de acuerdo con las finalidades previstas en la póliza. En el caso concreto de menores de edad, si el Tomador/Asegurado no es el representante legal del menor se compromete a obtener el consentimiento expreso de éste.

El Tomador/Asegurado podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing - CRM), Emilio Vargas 6, 28043 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.