

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES DEPORTIVAS

Tel Gestor Sanitario (T.P.A.) 902922009 N° EXPTE:

N° de póliza:	20210620397433	N° de usuario(si procede):	
Tomador: Instituto Municipal del Deporte de Cádiz (IMD)			

DATOS DEL LESIONADO			
NOMBRE:	APELLIDOS:		
DOMICILIO:			C.P.:
POBLACIÓN:	PROVINCIA:		
E-MAIL:			
NIF:	TELÉFONO:	FECHA NACIMIENTO:	
CLUB:			

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O LESIÓN	
FECHA:	HORA:
LUGAR o INSTALACIÓN DEPORTIVA (detallar):	
TIPO DE EVENTO (detallar):	
DESCRIPCIÓN y CAUSAS DE LO OCURRIDO	
DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN (detallar)	
TESTIGOS DEL SINIESTRO (nombre, teléfono):	

DECLARACIÓN DEL TESTIGO (SI LO HUBIERA)	
YO, DON/DOÑA _____, con DNI _____ en calidad de _____ he presenciado la lesión de _____, con DNI _____ la cual ha tenido lugar durante el transcurso de _____ en la fecha _____ y en su presencia. El firmante de esta declaración responde de la veracidad de la misma y es consciente de las consecuencias que puede constituir su falsedad.	
El lesionado declara asimismo que no ha tenido ninguna lesión pasada en la región anatómica accidentada	
Firma del DECLARANTE y DNI	Firma Testigo
En _____, a _____ de _____ de _____	

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:

- El cumplimiento del propio contrato de seguro
 - La valoración de los daños ocasionados en su persona
- La cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponda
- 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 GEROSALUD, 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 y lesiones.

Recuerde: Debe llamar al 981 94 11 11

- Cuando tenga un accidente /lesión para que autoricemos la Asistencia de Urgencias y le indiquemos el Centro Sanitario más adecuado para atenderle.
- Si precisa asistencias posteriores, debe solicitar autorización de las mismas y le indicaremos el Centro Sanitario al que debe acudir.

No se autorizará ninguna actuación sanitaria no que no haya sido gestionada a través del T.P.A.

Debe enviar al email siniestros@gerosalud.es este parte de accidente/lesión en un plazo máximo de 72h, así como el informe médico emitido por el facultativo, tras las cuales quedará fuera de cobertura.