

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA LICENCIA CABALLAR
PÓLIZA Nº 40/294370 – COMPAÑÍA ASEGURADORA FIATC SEGUROS
COMUNICACIÓN DE RECLAMACIÓN

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL ASEGURADO:	
DOMICILIO:	POBLACIÓN:
TELÉFONO CONTACTO:	Nº LICENCIA:

DATOS PERJUDICADO / RECLAMANTE

NOMBRE DEL PERJUDICADO:	
DOMICILIO:	POBLACIÓN:
TELÉFONO CONTACTO:	

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA SINIESTRO:	HORA SINIESTRO:
LUGAR DEL SINIESTRO:	
DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO:	

En _____, a ____ de _____ de _____

Firmado por el reclamante: _____

LA LICENCIA Nº _____ PERTENECE A _____
_____ Y ESTÁ RENOVADA PARA EL AÑO _____
(Sello Federación)
Firmado: _____

Esta comunicación de reclamación ha de enviarse a:
ALKORA EBS CORREDURÍA DE SEGUROS (Att. David Talbaila)
Avda. Brasil, Nº 4 (28020 – Madrid)
Tfno. 91.837.48.45 Fax: 91.837.48.28 Email: dtalbaila@alkora.es

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PARA FEDERACIONES

FEDERACIÓN Nº DE EXPEDIENTE	
-----------------------------------	--

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE Y APELLIDOS _____	DNI _____	EDAD _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELÉFONO _____
Nº LICENCIA _____		

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. _____, Con D.N.I. nº _____, en nombre y representación de la Entidad Deportiva, Club o Federación arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____ CLUB : _____

DOMICILIO _____ TELÉFONO _____

FECHA DE OCURRENCIA _____

FORMA DE OCURRENCIA _____

ATENCIÓN SANITARIA EN _____

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito **autoriza** 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 y el pago 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.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados.

El fichero creado está ubicado en FIATC, bajo la supervisión y control de FIATC., quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

Firma del Lesionado

Firma y Sello del representante de la Entidad

ANTE LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE:

- 1.- Llame a nuestro teléfono de asistencia sanitaria 24 horas: 902 102 264. Allí le indicarán donde ir y el número de expediente para poder identificar todo el proceso. Tenga su tarjeta de Federado a mano.
- 2.- Después de recibida la asistencia, solicite un informe médico de la asistencia recibida.
- 3.- Con este informe, diríjase a las oficinas de la Federación, para cumplimentar el Parte de Accidente, dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del accidente.
- 4.- Entregue el parte de accidentes y el informe médico en la sucursal FIATC mas cercana.

Y, ante cualquier problema o consulta, llame al 902 102 264. Es su teléfono amigo y está para ayudarle a resolver cualquier problema que pueda Ud. tener relativo a su accidente.