

**FEDERACIONES DEPORTIVAS**  
**SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DEPORTIVO**

La póliza solamente cubre accidentes deportivos de acuerdo con lo establecido en el R.D. 849/93, de 4 de Junio y en las condiciones de la póliza. NO ESTAN CUBIERTAS LESIONES O DOLENCIAS DE CUALQUIER TIPO QUE NO HAYAN SIDO PROVOCADAS POR UN ACCIDENTE DEPORTIVO

N.º de póliza: G-L6-427.001.932	Nº de Licencia de Federado:
Federación: Montaña Canarias	

DATOS DEL LESIONADO	
NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ D.N.I.: _____	
DOMICILIO: _____ C.P.: _____ POBLACIÓN: _____ MAIL: _____	
PROVINCIA: _____ TELÉFONO: _____ FECHA NACIMIENTO/EDAD: _____	

**CERTIFICACION DEL ACCIDENTE**

D. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ en nombre y representación de la Federación arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_/\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_

Tipo de evento: Competición  Entrenamiento organizado  Otros (detallar): \_\_\_\_\_

En caso de competición o entrenamiento organizado por su Federación, nombre completo de la persona que lo dirigía: \_\_\_\_\_ TFNO \_\_\_\_\_

Descripción detallada del accidente: \_\_\_\_\_

Daños sufridos / Lesión: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de las personas con las que estaba en el momento del accidente: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido Asistencia en el Evento? SI  NO  Nombre y teléfono: \_\_\_\_\_

¿Requirió la intervención de algún equipo de Salvamento y Socorrismo, Cruz Roja o ambulancia? SI  NO

¿Necesita nueva asistencia médica? SI  NO  En caso afirmativo el asegurado declara conocer que no podrá practicar ninguna actividad deportiva hasta recibir el alta médica por sus lesiones.

ACCIDENTES EN CENTROS DEPORTIVOS:

Nombre de la instalación deportiva \_\_\_\_\_ TFNO \_\_\_\_\_

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 Generali S.A de Seguros y Reaseguros, 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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del accidentado

Firma del representante del Club y sello de la Federación

(Obligatorio)

**NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE**

En caso de Accidente Deportivo que precise asistencia sanitaria de urgencia (las que se soliciten dentro de las 48 horas siguientes al accidente) podrá dirigirse directamente al Centro Concertado de Generali Seguros facilitando el parte de comunicación de accidentes deportivos y copia de la Tarjeta de Federado en vigor. Si el Centro Médico precisase autorización para la prestación de la asistencia la solicitará a la Compañía mediante llamada telefónica al 902 053 902.

Si no se trata de una asistencia de urgencia (entendiendo por tales las que se soliciten dentro de las 48 horas siguientes al accidente) no podrá dirigirse directamente al Centro Concertado sino que deberá comunicar con la Compañía aseguradora a través de HOWDEN, donde le informarán de los trámites a seguir en los siguientes teléfonos:

- 914 299 699 en horario de 9 hs a 14 hs y de 16 hs a 18,30 hs de lunes a jueves y de 9 hs a 15 hs los viernes
- A su vez puede declarar el siniestro enviado el parte a [accidentesdeportivos@howdeniberia.com](mailto:accidentesdeportivos@howdeniberia.com) y [correo@fecamon.es](mailto:correo@fecamon.es)

EL CENTRO MEDICO CONCERTADO DE GENERALI SEGUROS NO ATENDERA NINGUNA ASISTENCIA MEDICA QUE NO SEA DE URGENCIAS (dentro de las 48 Horas siguientes al accidente) SI NO TIENE LA AUTORIZACION PREVIA POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.