

**PART D'ACCIDENTS PER A ASSISTÈNCIA SANITÀRIA**

<b>BENEFICIARI DE L'ASSEGURANÇA</b>	<b>GENERALITAT VALENCIANA – CONSELLERIA EDUCACIÓ, INVESTIGACIÓ, CULTURA I ESPORT – DIRECCIÓ GENERAL D'ESPORT</b>
<b>NÚM. DE PÒLISSA</b>	<b>50060362</b>
<b>NÚM. D'EXPEDIENT</b>	

(\*) El nombre d'Expedient serà facilitat per la Companyia en comunicar l'accident, per part de l'Entitat o assegurat al telèfon del Centre d'Assistència: 902 020 116

**DADES DE L'ACCIDENTAT**

<b>NOM I COGNOMS</b>					
<b>DNI</b>		<b>EDAT</b>		<b>SEXE</b>	
<b>DOMICILI</b>					
<b>PROVÍNCIA I LOCALITAT</b>				<b>C.P.</b>	
<b>NÚM. DE LLICÈNCIA</b>			<b>TELÈFON</b>		
<b>ESPORT</b>			<b>CATEGORIA</b>		

**CERTIFICACIÓ DE L'ACCIDENT**

Sr/Sra.	DNI núm.
<b>CLUB/ENTITAT:</b>	
En nom i representació del Club/Entitat dalt indicat e inscrit en els Jocs Esportius, certifica l'ocurrència de l'accident les dades del qual s'indiquen a continuació:	
<b>LLOC D'OCURRENCIA:</b>	
<b>DOMICILIO:</b>	<b>TELÈFON:</b>
<b>DATA DEL SINISTRE:</b>	
<b>FORMA D' OCURRENCIA:</b>	
<b>CENTRE SANITARI EN QUÈ S'HA REBUT LA PRIMERA ASSISTÈNCIA:</b>	
<p>El perjudicat/accidentat del sinistre anteriorment descrit autoritza el tractament de les dades personals subministrats voluntàriament a través del present document i l'actualització dels mateixos perquè es puga complir el propi contracte d'assegurança, realitzar la valoració dels danys ocasionats en la seua persona, quantificant si és el cas la indemnització que li corresponga i el pagament de l'import de la referida indemnització. Així mateix accepta que les referits dades personals siguen cedits, exclusivament a aquelles persones o entitats la intervenció de les quals siga necessària per al desenrotllament de les finalitats esmentades anteriorment, així com a l'acceptant de la pòlissa d'assegurances, i sense necessitat que li siga comunicada cada primera cessió que s'efectue als referits cessionaris.</p> <p>CAJA DE SEGUROS REUNIDOS - COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASSER) com a entitat col·laboradora assumixen l'adopció de les mesures de seguretat d'indole tècnica i organitzativa per a protegir la confidencialitat i integritat de la informació d'acord amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999 , de tretze de desembre, de protecció de dades de caràcter personal i la resta de legislació aplicable i davant de qui el titular de les dades pot exercitar drets d'accés, rectificació i cancel·lació dels seus dades de caràcter personal subministrats, per mitjà de comunicació escrita dirigida a l'entitat Caja de Seguros Reunidos – Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (CASSER). a la direcció Avinguda de Burgos, 109 (28050 MADRID) a l'atenció del Departament prestacions o per correu electrònic a la direcció prestaciones-sg@caser.es</p>	
Firma i Segell del representant de l'Entitat	Firma del Lesionat

**PARTE DE ACCIDENTES PARA ASISTENCIA SANITARIA**

<b>TOMADOR DEL SEGURO</b>	<b>GENERALITAT VALENCIANA – CONSELLERIA EDUCACI3N, CULTURA Y DEPORTE – DIRECCI3N GENERAL DEL DEPORTE</b>
<b>Nº DE P3LIZA</b>	<b>50060362</b>
<b>Nº DE EXPEDIENTE</b>	

(\*) El nº de Expediente ser3 facilitado por la Compa±a al comunicar el accidente por parte de la Entidad o asegurado al tel3fono del Centro de Asistencia: 902 020 116

**DATOS DEL ACCIDENTADO**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>					
<b>DNI</b>		<b>EDAD</b>		<b>SEXO</b>	
<b>DOMICILIO</b>					
<b>PROVINCIA Y LOCALIDAD</b>				<b>C.P.</b>	
<b>Nº DE LICENCIA</b>			<b>TELEFONO</b>		
<b>DEPORTE</b>			<b>CATEGORIA</b>		

**CERTIFICACI3N DEL ACCIDENTE**

D/Dña.	DNI nº
<b>CLUB/ENTIDAD:</b>	
En nombre y representaci3n del Club/Entidad arriba indicado e inscrito en los Jocs Esportius, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuaci3n:	
<b>LUGAR DE OCURRENCIA:</b>	
<b>DOMICILIO:</b>	<b>TEL3FONO:</b>
<b>FECHA DEL SINIESTRO:</b>	
<b>FORMA DE OCURRENCIA:</b>	
<b>CENTRO SANITARIO EN EL QUE SE HA RECIBIDO LA PRIMERA ASISTENCIA:</b>	
El perjudicado/accidentado del siniestro anteriormente descrito autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a trav3s del presente documento y la actualizaci3n de los mismos para que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoraci3n de los da±os ocasionados en su persona, cuantificando en su caso la indemnizaci3n que le corresponda y el pago del importe de la referida indemnizaci3n. Asimismo acepta que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente a aquellas personas o entidades cuya intervenci3n sea necesaria para el desarrollo de las finalidades citadas anteriormente, as3 como al tomador de la p3liza de seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesi3n que se efectúe a los referidos cesionarios.	
CAJA DE SEGUROS REUNIDOS - COMPA±A DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASSER) como entidad colaboradora asumen la adopci3n de las medidas de seguridad de indole t3cnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la informaci3n de acuerdo con lo establecido en la Ley Org3nica 15/1999 , de trece de diciembre, de protecci3n de Datos de Car3cter Personal y dem3s legislaci3n aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificaci3n y cancelaci3n de sus datos de car3cter personal suministrados, mediante comunicaci3n escrita dirigida a la entidad Caja de Seguros Reunidos – Compa±a de Seguros y Reaseguros, S.A. (CASSER). a la direcci3n Avenida de Burgos, 109 (28050 MADRID) a la atenci3n del Departamento prestaciones o por correo electr3nico a la direcci3n prestaciones-sg@caser.es	
Firma y Sello del representante de la Entidad	Firma del Lesionado