



## PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

TOMADOR	FEDERACIÓN DE MONTAÑA DE CASTILLA Y LEÓN
Nº DE PÓLIZA	57-326
MODALIDAD DE LICENCIA	

### DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI:	EDAD:
DOMICILIO:		LOCALIDAD:	
PROVINCIA:	C.P.:	TELÉFONO:	
Nº DE LICENCIA:	EMAIL:		

### CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

Dña. PATRICIA RUBIO ARANDA, en nombre y representación de la Federación arriba indicada certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA	PROVINCIA/PAÍS
CLUB	TELÉFONO
FECHA DE OCURRENCIA	
FORMA DE OCURRENCIA Y LESIÓN: _____ _____	
ATENCIÓN SANITARIA EN:	

### MODALIDAD DEPORTIVA que estaba practicando

SENDERISMO <input type="checkbox"/>	MONTAÑISMO <input type="checkbox"/>	ESQUÍ MONTAÑA <input type="checkbox"/>	ROCÓDROMO <input type="checkbox"/>
ALPINISMO <input type="checkbox"/>	DESCENSO CAÑONES <input type="checkbox"/>	ESCALADA <input type="checkbox"/>	CARRERAS MONTAÑA <input type="checkbox"/>
RAQUETAS <input type="checkbox"/>	BTT <input type="checkbox"/>	ESQUÍ PISTA <input type="checkbox"/>	ESPELEOLOGÍA <input type="checkbox"/>
SNOW <input type="checkbox"/>	MARCHA NÓRDICA <input type="checkbox"/>	OTROS (INDICAR CUAL): _____	

### ASISTENCIA

HUBO RESCATE <input type="checkbox"/>	GRUPO RESCATE <input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN HELICOPTERO <input type="checkbox"/>
HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	URGENCIA <input type="checkbox"/>	AMBULANCIA <input type="checkbox"/>

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 de la Federación