



## PARTE DE ACCIDENTES PARA FEDERACIONES DEPORTIVAS

TOMADOR DEL SEGURO	<b>FEDERACION DE CAZA DE EUSKADI</b>	
Nº DE PÓLIZA	<input type="checkbox"/> 023S00003ACO	<input type="checkbox"/> 023S00019ACO
Nº DE EXPEDIENTE	Se le proporcionará al llamar	

### DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI		EDAD	
DOMICILIO			
PROVINCIA Y LOCALIDAD		C.P.	
Nº DE LICENCIA			
TELEFONO DE CONTACTO			

### CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. Dña. \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_

En nombre y representación de la Federación, Delegación o Club \_\_\_\_\_  
Certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:  
Lugar de ocurrencia: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Tno: \_\_\_\_\_  
Fecha y hora del siniestro: \_\_\_\_\_  
Forma de ocurrencia y lesiones ocurridas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Centro sanitario: \_\_\_\_\_

En cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 le informamos que los datos por Vd. proporcionados serán objeto de tratamiento por parte de FEDERACIÓN VASCA DE CAZA con CIF G48261465, con domicilio en DONOSTIA, C.P.20014, Paseo de Anoeta, 7 con el fin de tramitar el siniestro y su expediente.

Los datos proporcionados se conservarán mientras no solicite el cese de la actividad. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal o contractual, concretamente a la compañía de seguros y mediador, así como profesionales necesarios para la atención de su siniestro.

Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en FEDERACIÓN VASCA DE CAZA. estamos tratando sus datos personales y por tanto tiene derecho a ejercer sus derechos de acceso, rectificación, limitación del tratamiento, portabilidad, oposición al tratamiento y supresión de sus datos así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Controla mediante escrito dirigido a la dirección postal arriba mencionada o electrónica fvcaza@outlook.com adjuntado copia del DNI en ambos casos.

Firma y sello del representante de la Entidad

Firma del Lesionado

### ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE

- 1.Comunicación inmediata de accidente en el **91 737 16 68** - Se facilitará un número de expediente
- 2.Anotar el número de expediente en este parte y ANTES DE 48 h. enviar este parte y la documentación que se le solicite a [markel.asistencia@canalsalud24.com](mailto:markel.asistencia@canalsalud24.com)

( En caso de duda contacte con [snavarro@rasher.es](mailto:snavarro@rasher.es) - 627097370)