

VOLANTE DE 1ª ASISTENCIA

DOCUMENTO DE USO EXCLUSIVO PARA LA RED DE CENTROS CONCERTADOS*

*Red de Centros y Normas de Actuación disponibles en: <http://deportesclm.educa.jccm.es>

Don: (1).....DNI:..... en representación
del equipo o centro educativo.....Telf:.....

CERTIFICA: Que la persona que aparece en el accidente cuyos datos se indican a continuación se encuentra incluida y por tanto asegurada en la póliza de referencia.

DATOS DEL ASEGURADO:

Nombre y Apellidos:DNI:Edad:
Domicilio: Localidad:
Provincia: Telf Contacto:

DATOS DEL ACCIDENTE:

Lugar del accidente:
Fecha del accidente:Hora:
Forma del accidente:

Daños Físicos:
Atención Sanitaria en:

Y para dar constancia a los efectos oportunos, firmo el presente certificado en:

En.....a.....de.....de 20__

(1) Delegado, Monitor, Entrenador...

Firmado:

El 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 daños ocasionados en su persona
- La cualificación, en su caso, de la indemnización que le corresponda
- El pago 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 anteriores, 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 Tomador/Asegurado/Beneficiario tienen la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso a los datos recabados, así como a la rectificación y cancelación de los mismos, y oposición a su tratamiento, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y normativa de desarrollo, mediante escrito dirigido a Soliss Mutualidad de Seguros, Cuesta del Águila, nº 5, 45001 – TOLEDO.

Firma del lesionado o representante legal:

PARTE DE LESIONES

Nombre del Médico:.....

Fecha de la Asistencia médica prestada:

DIAGNOSTICO:.....

OBSERVACIONES.....

En.....a.....de.....de 20__

FIRMA, EL MEDICO:

El deportista o representante legal firmante de este documento se hará cargo de los gastos derivados de la utilización del mismo en caso de no estar inscrito en las Actividades Deportivas organizadas por la Consejería de Educación, Cultura y Deportes de Castilla-La Mancha o en caso de incumplir las Normas de Actuación*.