



**RAMO ACCIDENTES**

**Nº. PÓLIZA : 162425**

**PARTE DE ACCIDENTES**

<b>TOMADOR DEL SEGURO</b>	<b>INSTITUTO NAVARRO DE DEPORTE Y JUVENTUD</b>
<b>Nº DE PÓLIZA</b>	<b>162425</b>
<b>Nº DE EXPEDIENTE</b>	

(\*) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte del Tomador al Tfno: 948 21 32 84 Direcciones de correo electrónico: [ana.zozaya@artai.com](mailto:ana.zozaya@artai.com); [anabel.nuin@artai.com](mailto:anabel.nuin@artai.com)

**DATOS DEL ACCIDENTADO**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>			
<b>DNI</b>		<b>FE.NAC.</b>	
<b>DOMICILIO</b>			
<b>PROVINCIA Y LOCALIDAD</b>		<b>C.P.</b>	
<b>EMAIL</b>			
<b>FEDERACIÓN/CLUB</b>		<b>TELEFONO</b>	

**DATOS DEL RESPONSABLE (TUTOR, ENTRENADOR, ETC.)**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>			
<b>EMAIL</b>			
<b>RELACIÓN CON ASGDO</b>		<b>TELEFONO</b>	

**CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**

LUGAR DE OCURRENCIA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FECHA DEL SINIESTRO: \_\_\_\_\_

FORMA DE OCURRENCIA: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

El perjudicado/accidentado 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 que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoración de los daños ocasionados en su persona, cuantificando en su caso 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 citadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

MARKEL INTERNATIONAL Y ARTAI, como entidad colaboradora, asumen 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 trece de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida al domicilio del Asegurador.

Firma y Sello del representante de la Entidad

Firma del Lesionado