



## PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

TOMADOR: Federación de Golf de la Comunidad Valenciana

Nº DE PÓLIZA: 1021300002532

### DATOS DEL LESIONADO/FEDERADO

Nombre y apellidos:	.....		
NIF:	.....	Edad:	.....
Domicilio:	.....		
Localidad:	.....		
Provincia:	.....	CP:	.....
Nº Licencia:	.....		
	.....		

### DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha de accidente:	.....	Lugar de ocurrencia:	.....
Localidad:	.....	Provincia:	.....
Descripción detallada:	.....		
	.....		
	.....		
	.....		

### CENTRO MÉDICO/FACULTATIVO QUE LE PRESTA LA ATENCIÓN SANITARIA:

.....
-------

El perjudicado 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
- 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 el tomador de la póliza de seguro, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, 15/99, le comunicamos que sus datos, incluidos los de salud, serán incorporados a un fichero del que es responsable REALE SEGUROS GENERALES, S.A., en cuyo domicilio social puede usted ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación o oposición.

Firma del Lesionado:

Firma y Sello del representante del Tomador: