

Por el presente Parte de Siniestro se pone en conocimiento de la Compañía la ocurrencia del accidente de la persona Asegurada, sirviendo el mismo como solicitud de la prestación garantizada en virtud de la póliza de seguro.

Tomador _____ Póliza _____ Grupo _____

Datos del Asegurado accidentado:

Nombre y apellidos: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ Código Postal | | | | | |
Edad: _____

Descripción y fecha del accidente:

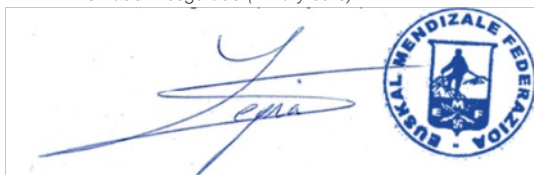
Fecha y hora de ocurrencia: / / Hora :

Lugar de ocurrencia: _____

Descripción:

En _____, a _____ de _____ de _____

El Tomador Asegurado (firma y sello)



(Imprescindible adjuntar Informe del Médico o Centro Hospitalario que haya prestado la asistencia y pruebas médicas realizadas si las hubiere).

Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros ("GENERALI") se encuentra legalmente habilitada para tratar sus datos personales que sean necesarios, con la finalidad exclusiva de tramitar el siniestro.

Sus datos personales serán conservados por GENERALI de acuerdo con los requisitos establecidos en la legislación, reglamentos y directrices normativas aplicables, así como los requisitos operacionales de GENERALI relacionados con la correcta gestión del contrato de seguro.

Puede ejercer sus derechos de acceso, supresión, rectificación, oposición, limitación y portabilidad, acreditando su identidad en la siguiente dirección: Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros, Plaza de Manuel Gómez-Moreno, 5 28020 Madrid o al siguiente email: dataprotection.es@generali.com.

Puede consultar la información adicional detallada sobre Protección de Datos en la siguiente web <https://www.generali.es/quienes-somos/privacidad>

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de accidente que precise asistencia sanitaria de urgencia podrán dirigirse directamente al Centro Concertado entregando parte debidamente cumplimentado, firmado y sellado por el Tomador/Asegurado.

De necesitar seguimiento médico después de la asistencia de urgencia, deberán solicitar autorización a la Compañía enviando este parte de accidente, informe médico de urgencia y prescripción del servicio solicitado al e-mail: accidentesdeportivos@teladochealth.com.

Para cualquier información pueden ponerse en contacto con el Teléfono de Federaciones 24 horas: 91 169 77 46

