

1. DATOS DE LA PÓLIZA			
Entidad:	CABILDO INSULAR DE LA PALMA	Póliza:	51309354
Modalidad Deportiva		Municipio PPD/Evento:	
Monitor/Técnico Dep:		Teléfono:	
Lesionado/a:		Fecha Nacimiento:	
Nº Licencia Deportiva:		DNI:	
Domicilio/Código Postal:		Teléfono:	

2. OCURRENCIA DEL SINIESTRO:		imprescindible indicar el Nº de SINIESTRO facilitado por HNA llamando al número de teléfono 917 572 404		Nº:
Lugar:				
Fecha y hora:				
Descripción y causa del siniestro:				

3. ASISTENCIA MEDICA INICIAL				
Médico / Centro:	Fecha Asistencia:			
Diagnóstico inicial:				
Calificación	Accidente: <input type="checkbox"/>	Enfermedad: <input type="checkbox"/>	Recaída: <input type="checkbox"/>	
Tratamiento adoptado:				
Futuras Asistencias:				
Incapacidad:	Temporal: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Duración estimada de la incapacidad:		días
	Permanente (secuelas): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En , a de de 2.01				
Firma, nombre del Médico y núm. de colegiado				

Firma accidentado o representante

Firma de Monitor

Firma y sello de la Entidad

El asegurado 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 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 indicadas anteriormente, 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 fichero creado está ubicado en MGS Seguros y Reaseguros S.A., bajo la supervisión y control de MGS Seguros y Reaseguros S.A, quien asume 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 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida al Servicio de Atención al Cliente en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; o vía fax, al número 933 217 296.