



CERTIFICADO DE ACCIDENTE DEPORTIVO

DATOS DEL ACCIDENTADO

APELLIDOS Y NOMBRE

DOMICILIO:

POBLACION:

PROVINCIA:

TELEFONO:

CLUB DEPORTIVO:

LICENCIA FEDERATIVA:

DATOS DE ACCIDENTE

LUGAR DE OCURRENCIA	
MECANISMO DE PRODUCCION (Detalle claramente cómo se produjo el mismo)	
FECHA DE ACCIDENTE	
CAUSA BAJA:	FECHA
DESCRIPCION DE LAS LESIONES	
FECHA DE LA PRIMERA ASISTENCIA SANITARIA	
MEDICO O CENTRO QUE EFECTUA LA PRIMERA CURA	
CENTRO DONDE SE REALIZARA TRATAMIENTO DEFINITIVO	

INFORME MEDICO

DIAGNOSTICO PROVISIONAL	
TRATAMIENTO INSTAURADO	
¿ PUEDE EL LESIONADO CONTINUAR SU PRACTICA DEPORTIVA?	
TIEMPO PROBABLE DE CURACION	

El perjudicado/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:

- . Cumplimiento del propio contrato de seguro
- . La valoración de los daños causados
- . La cuantificación en su caso de la indemnización que le corresponda
- . El pago del importe de la referida indemnización

As[mismo 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, as[como al tomador del seguro, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Firma del deportista

Fecha: 12/01/2009

Firma y Sello de la federación