DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

Nombre y apellidos: ASOC. PARA LA DEFENSA DEL KARTING ESPAÑA

NIF/CIF: G55510291 **Situación del riesgo:**

DATOS DE LA PÓLIZA

Modalidad: ACCIDENTES COLECTIVOS **Nº: 04 ACS 7031112** **Periodo de cobertura: 1/10/18 a 1/10/19**

Coberturas: Asistencia sanitaria por Accidente

Centros autorizados: Ver pie de página (*1)

Límite: Sin límite en centros concertados

DATOS DEL LESIONADO

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento: / / **Sexo:** **Teléfono de contacto:**

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: / / **Lugar del accidente:**

○ **Entrenos oficiales** ○ **Carrera**

Competición:

Descripción del accidente (explicar clara y detalladamente cómo ocurrió el accidente y sus consecuencias):

En a de de 20 . Sello centro Fdo.

(*1) Centros **EN CASO DE ACCIDENTE LLAME AL TELEFONO DE ASISTENCIA 24H DE LIBERTY SEGUROS 91 484 22 55, DONDE LE INDICARÁN EL CENTRO CONCERTADO AL QUE PUEDE ACUDIR**.

En casos de URGENCIA VITAL, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el centro sanitario más próximo. En este caso, Liberty Seguros se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia de urgencia prestada durante las primeras 24h desde la fecha de ocurrencia del accidente.

La asistencia Sanitaria, salvo la de urgencia vital, ha de ser prestada por las clínicas y centros médicos concertados con Liberty Seguros, quienes determinarán el tratamiento y las pruebas diagnósticas necesarias, que en todo caso deberán ser autorizados por la Compañía.

El lesionado deberá firmar el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales y de salud, y autorización para remitir sus informes a la Compañía.

Enviar las facturas junto a la declaración de siniestro y los informes médicos a:

El centro sanitario, en máx. 24h, remitirá la documentación a la Compañía a través de ASESORAMIENTO MEDICO SIGLO XXI.