****

**PARTE DE SINIESTRO : ACCIDENTES PARTICIPANTES**

PÓLIZA

DATOS DE TOMADOR

DATOS DE ASEGURADO

PARTICIPANTE:  
DIRECCIÓN:  
POBLACIÓN:  
TELÉFONO DE CONTACTO:  
MONITOR:

CAUSAS DEL SINIESTRO:

FECHA: a\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_20  
  
  
FIRMA TOMADOR FIRMADO PARTICIPANTE  
  
  
  
  
  
  
  
Nota:En caso de necesitar asistencia médica es OBLIGATORIO la presentación de este CERTIFICADO perfectamente cumplimentado. Dicho certificado deberá ser enviado obligatoriamente junto con la correspondiente factura par poder proceder a su abono la compañía.  
El lesionado autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente en este parte y la utilización de los mismos para el fin propio del objeto del contrato de seguro, valoración de los daños, cuantificación y pago de la indemnización. Dichos datos serán cedidos exclusivamente a aquellas personas que intervienen en las actividades señaladas así como el tomador de la póliza, todo de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.  
  
**BROKERS D’ÒC CORREDURIA D’ASSEGURANCES  
C/Aneto nº 7, bajos  
25530 VIELHA, LLEIDA  
TLF 973 64 03 95  
Email:** [**monica@brokersdoc.com**](mailto:monica@brokersdoc.com)