

DOCUMENT DE COMUNICACIÓ D'ACCIDENTS

PRENEDOR	FEDERACIÓ CATALANA D'ESGRIMA
Nº DE PÒLISSA	055/ 1680231690 (fed. majors)
Nº DE EXPEDIENT (1)	

(1) Referència facilitada per la Companyia a la comunicació de l'accident per part de l'Entitat al tel. 902 136 524

DADES DEL LESIONAT

NOM I COGNOMS _____	DNI _____	EDAT _____
DOMICILI _____	LOCALITAT _____	TELÈFON _____
PROVINCIA _____		
Nº CARNET D'ESPORTISTA _____		

CERTIFICACIÓ DE L'ACCIDENT

En/Na _____, amb DNI nº _____, en nom i representació de l'Entitat a dalt indicada, certifica l'ocurrència de l'accident i dades que s'indiquen a continuació:
LLOC D'OCURRÈNCIA: _____
DOMICILI _____ TELÈFON _____
DATA D'OCURRÈNCIA _____
FORMA D'OCURRÈNCIA _____

ATENCIÓ SANITÀRIA A _____

El perjudicat/lesionat del sinistre anteriorment descrit autoritza el tractament de les dades personals subministrades voluntàriament a través del present document i l'actualització dels mateixos per a:

- El compliment del propi contracte d'assegurança.
- La valoració dels danys ocasionats en la seva persona.
- La quantificació, si escau, de la indemnització que li correspongui.
- El pagament de l'import de la referida indemnització.
- Prevenir el frau en la selecció del risc i en la gestió de sinistres, fins i tot una vegada extingida la relació contractual.

Així mateix, accepta que les referides dades personals siguin cedides, exclusivament, a aquelles persones o entitats la intervenció de les quals sigui necessària pel desenvolupament de les finalitats indicades anteriorment, així com al prenedor de la pòlissa d'assegurança, i que les seves dades, incloses les de salut, puguin ser comunicades entre l'asseguradora i els metges, centres sanitaris, hospitals o altres institucions o persones, amb la finalitat de complir, desenvolupar, controlar i executar la prestació sanitària, el reemborsament o indemnització garantida en el contracte d'assegurança i sol·licitar o verificar d'aquests prestadors sanitaris les causes que motiven les prestacions, reemborsaments o indemnitzacions i, si escau, recobrar les despeses, respectant, en tot cas, la legislació espanyola sobre protecció de dades de caràcter personal i sense necessitat que li sigui comunicada cada primera cessió que s'efectuï als referits cessionaris. Totes les dades són tractades amb absoluta confidencialitat, no sent accessibles a tercers per a finalitats diferents per les quals han estat autoritzats. El fitxer creat està situat a la Ctra. Pozuelo a Majadahonda, 50, 28222 - Madrid, sota la supervisió i control de MAPFRE VIDA, COMPAÑIA D'ASSEGURANCES I REASSEGURANCES, S.A. qui assumeix l'adopció de les mesures de seguretat d'índole tècnica i organitzativa per protegir la confidencialitat i integritat de la informació, d'acord amb allò establert en la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal i altra legislació aplicable i davant qui el titular de les dades pot exercitar els seus drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació de les seves dades de caràcter personal subministrades, mitjançant comunicació escrita.

Signatura del Lesionat o Representant

Signatura i Segell del representant de l' Entitat

NORMES D'ACTUACIÓ EN CAS D'ACCIDENT

- Queden coberts per aquesta pòlissa els accidents soferts pels esportistes durant la pràctica esportiva conforme a l'establert al RD 849/1993, de 4 de juny. Per a això s'haurà de presentar el carnet d'esportista i el **D.N.I.**
- La Federació complimentarà **en la seva totalitat** aquest imprès i comunicarà l'accident a MAPFRE mitjançant el telèfon **902-136524**, on li **facilitaran el número d'expedient**, remetent posteriorment aquest imprès per fax a MAPFRE al número 91 700 30 73.
- **Una vegada facilitat el número d'expedient**, el lesionat acudirà al Centre Mèdic concertat per MAPFRE més proper al lloc de l'accident per ser atès, on haurà d'entregar aquesta declaració degudament complimentada.