

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

TOMADOR	FED. BALONCESTO COMUNIDAD VALENCIANA
Nº DE POLIZA	055-0880349022
Nº DE EXPEDIENTE (1)	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la Federación al tel. 902-136524

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE Y APELLIDOS _____	DNI _____	EDAD _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELÉFONO _____
Nº LICENCIA _____		

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. _____, Con D.N.I. nº _____, en nombre y representación del Club abajo referenciado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB _____ CÓDIGO DE CLUB : _____
 DOMICILIO _____ TELÉFONO _____

FECHA DE OCURRENCIA _____
 FORMA DE OCURRENCIA _____

ATENCIÓN SANITARIA EN _____

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:

- 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
- 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 Ctra. Pozuelo, 50 - 28220 Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑÍA DE 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.

Firma del Lesionado

Firma y Sello del representante de la Entidad

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

- ✓ Quedan cubiertos por ésta póliza los accidentes sufridos por los deportistas federados durante la práctica deportiva conforme a lo establecido en el R.D. 849/1993, de 4 de junio. Para ello se habrá de presentar la licencia y el D.N.I.
- ✓ La Federación, Club o Entidad Deportiva cumplimentará **en su totalidad** éste impreso y comunicará el accidente a MAPFRE a través del teléfono 902-136524, donde le **facilitarán el número de expediente**, remitiendo posteriormente este impreso por fax a MAPFRE al número 91 700 30 73.
- ✓ **Una vez facilitado el número de expediente**, el lesionado acudirá al Centro Médico concertado por MAPFRE más cercano al lugar del accidente para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.