

**DOCUMENT DE COMUNICACIÓ D' ACCIDENTS**

PRENEDOR	CONSELL DE L'ESPORT ESCOLAR DE BARCELONA
Nº DE PÒLISSA	055-1280432933
Nº DE EXPEDIENT (1)	

(1) Referència facilitada per la Companya a la comunicació de l' accident per part del consell al telf 902 136 524

DADES LES LESIONAT

NOM I COGNOMS _____	DNI _____	EDAT _____
DOMICILI _____	LOCALITAT _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELÉFON _____
Nº CARNET D'ESPORTISTA _____		

CERTIFICACIÓ DE L' ACCIDENT

En/Na _____, amb D.N.I. nº _____, en nom i representació del Consell Esportiu a dalt indicat, certifica l'ocurrència de l'accident i dades que s' indiquen a continuació:

LLOC D' OCURRÈNCIA:**DOMICILI** _____ **TELÉFON** _____**DATA D' OCURRENCIA** _____**FORMA D' OCURRENCIA** _____**ATENCIÓ SANITARIA 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 en Ctra. Pozuelo a Majadahonda, 50, 28222 - Madrid, sota la supervisió i control de MAPFRE VIDA, S.A. D'ASSEGURANCES I REASSEGURANCES, 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 R. D. 849/1993, de 4 de juny. Per a això s'haurà de presentar el carnet d'esportista i el D.N.I.
- El Consell, Club o Entitat Esportiva 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.