

## DECLARACIÓ D'ACCIDENTS PER A CONSELLS ESPORTIUS

<b>PRENEDOR</b>	<b>UNIÓ DE CONSELLS ESPORTIUS DE CATALUNYA</b> <i>Consell Esportiu Barcelonès Sud – L'Hospitalet</i>
<b>Nº DE POLISSA</b>	055-068000027
<b>Nº D'EXPEDIENT (1)</b>	

(1) Referència facilitada per la Companyia a la comunicació de l'accident per part del Consell al tel. **902-136524**

### DADES DEL LESIONAT

NOM I COGNOMS _____	DNI _____	EDAT _____
DOMICILI _____	LOCALITAT _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELEFON _____
Nº LICENCIA _____		

### CERTIFICACIÓ DE L'ACCIDENT

En/Na _____, amb D.N.I. nº _____, en nom i representació del Consell Esportiu adalt indicat, certifica l'ocurrència de l'accident les dades que s'indiquen a continuació:
LLOC D'OCURRÈNCIA: _____
DOMICILI _____ TELEFON _____
DATA D'OCURRÈNCIA _____
FORMA D'OCURRÈNCIA _____
<b>ATENCIÓ SANITÀRIA A</b> _____

El lesionat del sinistre anteriorment descrit **autoritza** el tractament de les dades personals subministrades voluntàriament mitjançant el present document i l'actualització de les mateixes per a:

- El compliment del propi contracte d'assegurança.
- La valoració dels danys ocasionats a la seva persona.
- La quantificació, en el seu cas, de la indemnització que li correspongui.
- El pagament de l'import de la referida indemnització.

Així mateix, **accepta** que les referides dades personals siguin cedides, exclusivament, a aquelles persones o entitats que la seva intervenció sigui necessària per al desenvolupament de les finalitats indicades anteriorment, així com al prenedor de l'assegurança, i sense necessitat de que li sigui comunicada cada primera cessió que s'efectuï als referits cessionaris.

Totes les dades son tractades amb absoluta confidencialitat, no sent accessibles a tercers per finalitats diferents per les que han sigut autoritzades.

L'arxiu creat està ubicat al Paseo de Recoletos nº 23, 28004 Madrid, sota la supervisió i control de MAPFRE SEGUROS GENERALES, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., qui assumeix l'adopció de las mesures de seguretat d'indole tècnica i organitzativa per protegir la confidencialitat i integritat de la informació, d'acord amb l'establert a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal i resta de legislació aplicable i davant qui el titular de les dades pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació de les seves dades de caràcter personal subministrats, mitjançant comunicació escrita.

Firma del Lesionat o Representant

Firma 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 la llicència 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.