

DOCUMENTO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

TOMADOR	REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE PATINAJE
Nº DE PÓLIZA	055-1780213563
Nº DE EXPEDIENTE (1)	

(1) Referencia facilitada por la Compañía en la comunicación del accidente por parte de la Entidad al tel. 902 136 524

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE Y APELLIDOS _____	DNI _____	EDAD _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELÈFONO _____
Nº LICÈNCIA _____		

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

En Manuel Moreno Juristo, con DNI 51385736X, En nombre y representación de la Entidad arriba indicada, certifica ocurrencia del accidente y datos que se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____ CLUB _____

DOMICILIO _____ TELÈFONO _____

FECHA OCURRENCIA _____

FORMA DE OCURRENCIA _____

ATENCIÓN SANITARIA EN _____

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza al trato de sus datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento para:

- El cumplimiento del propio contrato de seguro.
- La valoración de los daños ocasionados en su persona.
- La cuantificación, si hay, de la indemnización que le corresponda.
- El pago del importe de la referida indemnización.
- Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez que la relación contractual se haya extinguido.

Así mismo, se acepta que los datos personales se transfieran exclusivamente a las personas u organizaciones cuyo funcionamiento es necesario para el desarrollo de las finalidades anteriormente descritas, así como al Tomador de la póliza del seguro, y que sus datos, incluidas las de salud, puedan ser comunicadas entre la Aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras Instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguros y solicitar o verificar de estos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones, y si cabe, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre la protección de datos de carácter personal y sin necesidad 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 diferentes para las cuales han estado autorizados. Los ficheros creados están situados en Cra. Pozuelo a Majadahonda, 50 28222 - Madrid, bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS, quién 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 aquello establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de la Protección de Datos de Carácter Personal y otra legislación aplicable y delante del titular de los datos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministradas, mediante comunicación escrita.

Firma del lesionado o representante _____ Sello del representante de la Entidad 

NORMAS D E ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

- Quedan cubiertos por esta póliza los accidentes sufridos por los deportistas durante la práctica Deportiva conforme se establece en el RD 849/1993, de 4 de Junio. **Por eso se tendrá que presentar la Licencia y el D.N.I.**
- La Federación, Club o Entidad Deportiva cumplimentará en su totalidad este impreso y comunicará el accidente a MAPFRE mediante el teléfono **902-136524**, donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso por fax a MAPFRE en el 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 deberá de entregar esta declaración debidamente cumplimentada.