

PARTE DE ACCIDENTES PARA ENTIDADES DEPORTIVAS

TOMADOR	FEDERACIÓN ARAGONESA DE PESCA
Nº DE POLIZA	055-12800058724
Nº DE EXPEDIENTE (1)	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de el Patronato al tel. 918365365

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 de la Entidad Deportiva, Club o Patronato arriba indicado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: 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 Crta de Pozuelo, 50, Majadahonda-28220 Madrid, bajo la supervisión y control de Mapfre Vida, Sociedad anónima de Seguros y Reaseguros sobre la vida humana, 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

- 1) El Tomador cumplimentará **en su totalidad** este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE VIDA, a través del nº
- 2) El lesionado hará entrega del parte en el centro sanitario concertado como condición previa para ser atendido con cargo a la póliza. Se debe incluir **necesariamente** en el mismo el nº de EXPEDIENTE facilitado por la compañía.
- 3) El centro sanitario deberá acompañar este impreso y el informe médico de urgencias a la factura y dirigirlo a:
MAPFRE VIDA
CL. MANUEL CORTINA, 2 - 28010 MADRID
La factura deberá ir emitida a : MAPFRE VIDA . CIF:A-28229599
C/ta de Pozuelo, 50- Majadahonda- 28220 Madrid
- 4) La realización de intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, pruebas especiales y rehabilitación **requiere previa autorización** de la cía. que se ha de solicitar en el **FAX: 91.709.74.15**