



**DECLARACIÓ D'ACCIDENTS PER A FEDERACIONS**

<b>PRENEDOR</b>	<b>FEDERACIÓ CATALANA D'ESGRIMA</b>
<b>Núm. DE PÒLISSA</b>	<input type="checkbox"/> <b>menors 16 anys</b> 055-0680000022 <input type="checkbox"/> <b>majors 16 anys</b> 055-0780453697 <input type="checkbox"/> <b>àrbitres i jutges</b> 055-0780329578
<b>Núm. D'EXPEDIENT (1)</b>	

(1) Referència facilitada per la Companyia a la comunicació de l'accident per part de la federació al telèfon **90215 75 04**

**DADES DEL LESIONAT**

<b>NOM I COGNOMS</b> _____	<b>DNI</b> _____	<b>EDAT</b> _____
<b>DOMICILI</b> _____	<b>LOCALITAT</b> _____	
<b>PROVINCIA</b> _____	<b>C.P.</b> _____	<b>TELEFON</b> _____
<b>Nº LICENCIA</b> _____		

**CERTIFICACIÓ DE L'ACCIDENT**

En/Na \_\_\_\_\_, amb DNI núm. \_\_\_\_\_, en nom i representació de l'Entitat Esportiva, Club o Federació dalt indicada, certifica l'ocurrència de l'accident les dades que s'indiquen a continuació:

**CLUB:** \_\_\_\_\_

**LLOC D'OCURRÈNCIA:** \_\_\_\_\_

**DOMICILI** \_\_\_\_\_ **TELÈFON** \_\_\_\_\_

**DATA D'OCURRÈNCIA:** \_\_\_\_\_

**FORMA D'OCURRÈNCIA:** \_\_\_\_\_

---

**ATENCIÓ SANITÀRIA A:** \_\_\_\_\_

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, COMPAÑÍA 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 exercirà els seus drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació de les seves dades de caràcter personal subministrats, mitjançant comunicació escrita.

Signatura del lesionat

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 federats durant la pràctica esportiva conforme a l'establert al RD 849/1993, de 4 de juny. Per a això s'haurà de presentar la llicència i el DNI.
- La federació, club o entitat esportiva complimentarà en la seva totalitat aquest imprès i comunicarà l'accident a MAPFRE mitjançant el telèfon **902-157 504**, 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 de lliurar aquesta declaració degudament complimentada.