

**MAPFRE**SEGUROS GENERALES  
COMPANÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S. A.**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PARA FEDERACIONES**

<b>TOMADOR</b>	<b>FEDERACION AEREA CATALANA</b>
<b>Nº DE POLIZA</b>	<b>055-0180445775</b>
<b>Nº DE EXPEDIENTE (1)</b>	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la federación al teléfono **902-136524**

**DATOS DEL LESIONADO**

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
DOMICILIO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_  
PROVINCIA \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
Nº LICENCIA \_\_\_\_\_

**CERTIFICACION DEL ACCIDENTE**

D. \_\_\_\_\_, Con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, en nombre y representación de la Entidad Deportiva, Club o Federación arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB \_\_\_\_\_  
DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
FECHA DE OCURRENCIA \_\_\_\_\_  
FORMA DE OCURRENCIA \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN SANITARIA EN** \_\_\_\_\_

El perjudicado/lesionado del siniestro **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 el 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 el paseo Recoletos nº 23, 28020 Madrid, bajo la supervisión y control de MAPFRE SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., 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 ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE**

- ✓ Quedan cubiertos por ésta póliza los accidentes sufridos por los deportistas federados durante la práctica deportiva conforme lo establecido en el R.D. 849/1993, de 4 de junio. Para ello se habrá de presentar la licencia y el D.N.I.
- ✓ La Federación, Club o Entidad Deportiva cumplimentará **en su totalidad** éste impreso y comunicará el accidente a través del teléfono **902-136524**, donde le **facilitarán el número de expediente**, remitiendo posteriormente este impreso por **fax a MAPFRE** al número **91 700 30 73** y también a tu **Federación** al fax **93 207 40 74**.
- ✓ **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 hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.**