

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

TOMADOR FEDERACION MADRILEÑA DE COLOMBICULTURA
Nº DE POLIZA 055-0980598239
Nº DE EXPEDIENTE(1) _____

(1)Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la Federación al telf. 902-136524

DATOS DEL LESIONADO

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

CERTIFICACION DEL ACCIDENTE

D. /Dña. _____ Con DNI nº _____
en nombre y representación del Club abajo referenciado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB _____
DOMICILIO _____ TELEFONO _____
FECHA DE OCURRENCIA _____
FORMA DE OCURRENCIA _____

ATENCION 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 los que han sido autorizados.

El fichero creado está ubicado en el Carretera de Pozuelo, 50 28222 Majadahonda, Madrid, bajo la supervisión de MAPFRE FAMILIAR, 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 esta póliza los accidentes sufridos por los deportistas federados durante la práctica deportiva conforme a 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 cumplimentara en su totalidad este impreso y comunicara el accidente a MAPFRE a través del teléfono 902-136524, donde le facilitaran el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso por fax a MAPFRE al número 91 700 30 73. Una vez facilitado el número de expediente, el lesionado acudirá al Centro Medico concertado por MAPFRE más cercano al lugar del accidente para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.