

**DECLARACIÓ D'ACCIDENTS PER A FEDERACIONS**

TIPUS S'ASSEGURAT (Cal marcar una de les dues opcions)

ESPORTISTES MENORS DE 16 ANYS (Categories Pre-Benjamí, Benjamí, Aleví, Infantil i Juvenil)	
PRENEDOR	UNIÓ DE FEDERACIONS ESPORTIVES DE CATALUNYA
Nº DE PÒLISSA	055-0680000022
Nº D'EXPEDIENT (1)	

ESPORTISTES MAJORS DE 16 ANYS (Categories Júnior i Sènior, Tècnics, Delegats, Auxiliars i Federatius)	
PRENEDOR	FEDERACIÓ CATALANA DE PATINATGE
Nº DE PÒLISSA	055-0680000026
Nº D'EXPEDIENT (1)	

(1) Referència facilitada per la Companyia a la comunicació de l'accident per part de la Federació al tel. 902.136.524

**DADES DEL LESIONAT**

NOM I COGNOMS _____	DNI _____	EDAT _____
DOMICILI _____	LOCALITAT _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELEFON _____
Nº LICENCIA _____		

**CERTIFICACIÓ DE L'ACCIDENT**

En/Na \_\_\_\_\_, amb D.N.I. nº \_\_\_\_\_, 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:

LLOC D'OCURRÈNCIA: CLUB \_\_\_\_\_

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'efectua 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, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., qui assumeix l'adopció de les 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 exercir els seus drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació de les seves dades de caràcter personal subministrats, mitjançant comunicació escrita.

**SANT ANDREU**  
SECCIÓ HOQUEI LINEA  
C/ Riera de Horta, s/n.  
08027 BARCELONA

Signatura i Segell del representant de l'entitat

Signatura del lesionat

**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 això s'haurà de presentar la llicència i el DNI.
- La Federació, Club o Entitat Esportiva, complimentarà en la seva localitat aquest imprès i comunicarà l'accident a MAPFRE mitjançant el telèfon 902.136.524, 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 d'entregar aquesta declaració degudament complimentada.