

## DECLARACIÓ D'ACCIDENTS PER A FEDERACIONS

<b>PRENEDOR</b>	<b>FEDERACIÓ CATALANA DE RUGBI</b>
<b>Núm. DE PÒLISSA</b>	→ <b>menors 16 anys</b> 055-0680000022 → <b>majors 16 anys</b> 055-0780407813 → <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

NOM I COGNOMS _____	DNI _____	EDAT _____
DOMICILI _____	LOCALITAT _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELEFON _____
NÚM. LLICÈNCIA _____		

### 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'índole 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.

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 complementarà **en la seva totalitat** aquest imprès i comunicarà l'accident a MAPFRE mitjançant el telèfon **902-157504**, 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.

