

PARTE DE COMUNICACION DE ACCIDENTES

| | |
|-----------------------------|---|
| TOMADOR | ASOCIACIÓN EXTRASUB PRO DEPORTE SUBACUÁTICO SEGURO |
| Nº DE POLIZA | 055-1380018886 |
| Nº DE EXPEDIENTE (1) | |

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la asociación al 902 1 365 24

DATOS DEL LESIONADO

| | | | |
|--------------------|--------|-----------|------|
| NOMBRE Y APELLIDOS | | DNI | EDAD |
| DOMICILIO | | LOCALIDAD | |
| PROVINCIA | C.P. | TELEFONO | |
| Nº TARJETA | E-MAIL | | |

CERTIFICACION DEL ACCIDENTE

| | |
|---|--------------------|
| D. /D ^a | con DNI Nº |
| en nombre y representación de la Entidad abajo referenciada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación: | |
| LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB o CENTRO | CÓDIGO CLUB/CENTRO |
| 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. Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez extinguida la relación contractual. 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 que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal 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 Ctra. Pozuelo nº 50, 28222 – Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control 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 miembros de la asociación 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 tarjeta de afiliación y el D.N.I.
- La Federación, Club o Entidad Deportiva cumplimentará **en su totalidad** este impreso y comunicará el accidente a MAPFRE 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**.
- Una vez facilitado el número de expediente, el lesionado acudirá al Centro Médico concertado con MAPFRE más cercano al lugar del accidente para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.**