



PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

| | |
|---------------------|---------------------------|
| TOMADOR | FEDERACION VASCA DE RUGBY |
| Nº DE POLIZA | 055-1080405744 |
| Nº DE EXPEDIENTE(1) | |

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

DATOS DEL LESIONADO

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

CERTIFICACION DEL ACCIDENTE

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

| | |
|---------------------------------|----------------------|
| LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB _____ | CODIGO DE 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 las que han sido autorizados.

El fichero creado está ubicado en el Carretera de Pozuelo, 50 28222 Majadahonda, Madrid, bajo la supervisión de MAPFRE FAMILIAR, COMPAÑIA 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 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 cumplimentará en su totalidad éste 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 por MAPFRE más cercano al lugar del accidente para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.