

## DECLARACIÓ D'ACCIDENTS PER A FEDERACIONS

<b>PRENEDOR</b>	<b>UNIÓ DE FEDERACIONS ESPORTIVES DE CATALUNYA</b>
<b>Núm. DE PÒLISSA</b>	<input type="checkbox"/> <b>menors 16 anys 055-1080005000</b> <input type="checkbox"/> <b>àrbitres i jutges 055-0780329578</b>
<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 **902 157 504**

### DADES DE LA PERSONA LESIONADA

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 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'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.

Signatura de la persona lesionada

Signatura i segell de la persona 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 ha de emplenar en la seva totalitat aquest imprès i comunicar l'accident a MAPFRE mitjançant el telèfon 902 157 504, on li facilitaran el número d'expedient. Posteriorment ha d'enviar aquest document a UNIFEDESORT (la Corredoria de la Unió de Federacions) per fax al número 93 488 04 75 o per correu electrònic a unifedesport@ufec.cat .**
- 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.