

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES XOGADE-A CORUÑA

| | |
|-----------------------------|--|
| TOMADOR | XUNTA DE GALICIA, (Secretaria Xeral para o deporte) |
| Nº DE POLIZA | 0551280455087 |
| Nº DE EXPEDIENTE (1) | |

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

DATOS DEL LESIONADO

| | | |
|--------------------------|---------------------------|----------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS _____ | DNI _____ | EDAD _____ |
| DOMICILIO _____ | LOCALIDAD _____ | |
| PROVINCIA _____ | C.P. _____ | TELÉFONO _____ |
| Nº LICENCIA _____ | (en el caso de federados) | |

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. _____, Con D.N.I. nº _____, en nombre y representación del Club, Agrupación o Entidad deportiva abajo referenciada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: Club/Agrupación/Entidad _____

DOMICILIO _____ TELÉFONO _____

FECHA DE OCURRENCIA _____

FORMA DE OCURRENCIA _____

ACTIVIDAD _____ MODALIDAD DEPORTIVA _____

ATENCIÓN SANITARIA EN:

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hospital USP Sta Teresa (A Coruña) | <input type="checkbox"/> Hospital la Rosaleda (Santiago) | <input type="checkbox"/> Hospital Juan Cardona (Ferrol) |
| <input type="checkbox"/> Policlínico Salud 4 (A Coruña) | <input type="checkbox"/> Clínica Gaias: <input type="checkbox"/> Santiago <input type="checkbox"/> Ribeira | <input type="checkbox"/> USP Centro Médico (Ferrol) |

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: Carretera de Pozuelo nº 50, 28222 Majadahona Madrid, bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA, 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 ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

- ✓ Quedan cubiertos por ésta póliza los accidentes sufridos por los asegurados durante la práctica deportiva conforme a lo establecido en los términos del contrato.
- ✓ La Entidad, Club o Agrupación 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.