

## PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

<b>TOMADOR</b>	<b>FEDERACION VASCA DE TIRO CON ARCO</b>
<b>Nº DE POLIZA</b>	<b>055-1280432750</b>
<b>Nº DE EXPEDIENTE (1)</b>	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la Federación al tel. **91-5811400**

### DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE Y APELLIDOS _____	DNI _____	EDAD _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELÉFONO _____
Nº LICENCIA _____		

### CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D./Dña \_\_\_\_\_, Con D.N.I. nº \_\_\_\_\_

En nombre y representación del Club abajo referenciado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB \_\_\_\_\_ CÓDIGO DE CLUB \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

FECHA DE OCURRENCIA \_\_\_\_\_

FORMA DE OCURRENCIA \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN 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 Avd. General Perón Nº 40, 28020 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 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 correo-e a MAPFRE a la dirección [daper.mapgen@mapfre.com](mailto:daper.mapgen@mapfre.com), indicando en el asunto el número de expediente.
- **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.

## **CENTROS CONCERTADOS EN ARABA-ÁLAVA PARA URGENCIAS 24 H. Y PRIMERAS ASISTENCIAS SEGÚN HORARIO INDICADO**

■ **Angulema Servicios Médicos C/ Angulema, 5 01004 Vitoria**  
945120300 De L a V, de 07:30 a 21:30 y S de 08:00 a 14:00

■ **Hospital Quirón Vitoria C/ La Esperanza, 3 01002 Vitoria**  
945252500 24 horas

■ **Centro Médico Aiala C/ Iritxusi, 4 01470 Amurrio**  
945890021 De L a V, de 08:00 a 20:00

■ **Centro Médico Aiala C/ Zumalakarregi, 8 01400 Llodio**  
946726682 De L a V, de 08:00 a 19:00

**Para más información u obtener una lista completa de los centros concertados en el territorio nacional consultar el siguiente enlace:**

**<http://www.mapfre.es/salud/docs/pdf/GUIA-URGENCIAS-FEDERACIONES-DEPORTIVAS.pdf>**

