

**MAPFRE**

SEGUROS GENERALES

COMPANÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

**CERTIFICAT DE COMUNICACIÓ DE ACCIDENTES PERSONALS**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>PRENEDOR</b>           | <b>FEDERACIÓ CATALANA DE PESCA ESPORTIVA</b> |
| <b>Nº DE PÒLISSA</b>      | <b>055- 0380000222</b>                       |
| <b>Nº D'EXPEDIENT (1)</b> |  |

(1) Referència facilitada per la Cia. a la comunicació de l'accident per part de la Federació al tel. **902-136524**

**DADES DEL CAUSANT**

|                    |                 |               |
|--------------------|-----------------|---------------|
| NOM _____          | DNI _____       | EDAT _____    |
| DOMICILI _____     | LOCALITAT _____ |               |
| PROVÍNCIA _____    | C.P. _____      | TELÈFON _____ |
| Nº LLICÈNCIA _____ |                 |               |

**DADES DEL LESIONAT**

|                    |                 |               |
|--------------------|-----------------|---------------|
| NOM _____          | DNI _____       | EDAT _____    |
| DOMICILI _____     | LOCALITAT _____ |               |
| PROVÍNCIA _____    | C.P. _____      | TELÈFON _____ |
| Nº LLICÈNCIA _____ |                 |               |

**CERTIFICACIÓ DE L'ACCIDENT**

D. \_\_\_\_\_, amb D.N.I. nº \_\_\_\_\_, en nom i representació del Club a dalt indicat, certifica l'ocurrència de l'accident, les dades del qual s'indican a continuació:

LLOC D'OCURRÈNCIA: CLUB \_\_\_\_\_

DOMICILI \_\_\_\_\_ TELÈFON \_\_\_\_\_

DATA D'OCURRÈNCIA \_\_\_\_\_

FORMA D'OCURRÈNCIA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El lesionat de l'accident anteriorment descrit **autoriza** el tractament de les dades personals subministrades voluntàriament a través del present document i la seva actualització per efectuar:

- El compliment del mateix 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 dita indemnització

Així mateix, **accepta** que les esmentades dades personals siguin cedides, exclusivament, a aquelles persones o entitats la intervenció de les quals sigui necessària per al desenvolupament de les finalitats indicades anteriorment, així com al prenedor de la pòlissa d'assegurança, i sense necessitat que li sigui comunicada cada primera cessió que s'efectuï als referits cessionaris.

Totes les dades són tractades amb absoluta confidencialitat, i no seran accessibles a terceres persones amb finalitats diferents a aquelles per a les quals han estat autoritzades.

El fitxer creat està ubicat al Paseo de Recoletos nº 23, 28004 Madrid, sota la supervisió i el control de MAPFRE SEGUROS GENERALES, COMPANÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., que assumeix l'adopció de les mesures de seguretat d'indole tècnica i organitzativa per protegir la confidencialitat i la integritat de la informació, d'acord amb el que s'estableix a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal i a la resta de legislació aplicable i davant de 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 subministrades, mitjançant comunicació escrita.

Signatura (Causantt)

Signatura i segell del representant de l'entitat