

## PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

<b>TOMADOR</b>	FEDERACION ARAGONES DE BADMINTON
<b>Nº DE POLIZA</b>	57-3000046
<b>Nº DE EXPEDIENTE (1)</b>	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la Federación al tel. **902-102264**

### DATOS DEL LESIONADO

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

### CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. \_\_\_\_\_, Con D.N.I. \_\_\_\_\_, en nombre y representación del Club abajo referenciado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: \_\_\_\_\_ CLUB \_\_\_\_\_  
 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: Avda. Diagonal 648 – 08017 (Barcelona), bajo la supervisión y control de FIAT MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA (FIATC), 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 FIATC a través del teléfono **902-102 264**, donde le **facilitarán el número de expediente**, remitiendo posteriormente este impreso por fax a FIATC.
- ✓ **Una vez facilitado el número de expediente**, el lesionado acudirá al **Centro Médico concertado por FIATC más cercano al lugar del accidente para ser atendido**, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.