



DOCUMENT DE COMUNICACIÓ D'ACCIDENTS

PRENEDOR: FEDERACIÓ CATALANA DE BITLLES I BOWLING

Núm de PÒLISSA: 121 772

Núm. D'EXPEDIENT (facilitat per Mútuacat):

DADES DEL LESIONAT

NOM I COGNOMS.....DNI.....DATA DE NAIXEMENT.....
DOMICILI.....LOCALITAT.....
PROVÍNCIA.....CP.....TELÈFON.....
ADREÇA ELECTRÒNICA.....NÚM. DE LLICÈNCIA.....

CERTIFICACIÓ DE L'ACCIDENT

En/Na....., amb DNI núm....., en nom i representació del club o federació indicada més amunt, certifica l'ocurrència de l'accident i les dades que s'indiquen a continuació:

LLOC D'OCURRÈNCIA.....HORA D'OCURRÈNCIA.....
NOM / CODI CLUB.....
DOMICILI.....TELÈFON DE CONTACTE.....
DATA D'OCURRÈNCIA.....
FORMA D'OCURRÈNCIA.....

CENTRE D'ATENCIÓ MÈDICA

El perjudicat/lesionat del sinistre anteriorment descrit autoritza el tractament de les dades personals subministrades voluntàriament a través d'aquest document i la seva actualització dels mateixos a fi de:

- Complir el propi contracte d'assegurança.
- Valorar els danys ocasionats en la seva persona.
- Quantificar si escau, de la indemnització que li correspongui.
- Liquidar l' import de la indemnització.
- Prevenir el frau en la selecció del risc i en la gestió de sinistres, fins i tot una vegada extingida la relació contractual.

Així mateix, accepta que les seves 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. També accepta que les seves dades, incloses les de salut, puguin ser comunicades entre l'asseguradora i els metges, centres sanitaris, hospitals o altres institucions o persones, amb la finalitat de complir, desenvolupar, controlar i executar la prestació sanitària, el reemborsament o indemnització garantida en el contracte d'assegurança i sol·licitar o verificar d'aquests prestadors sanitaris les causes que motiven les prestacions, reemborsaments o indemnitzacions i, si escau, recobrar les despeses, respectant, en tot cas, la legislació espanyola sobre protecció de dades de caràcter personal i sense necessitat que sigui comunicada cada primera cessió que s'efectuï als referits cessionaris.

Totes les dades són tractades amb absoluta confidencialitat accessibles a tercers per a finalitats diferents per a les quals han estat autoritzats. El fitxer creat està situat al carrer Mossèn Serapi Farré, 39-41, 08240, Manresa, sota la supervisió i control de MÚTUA MANRESANA, MUTUALITAT DE PREVISIÓ SOCIAL A PRIMA FIXA (en endavant MÚTUACAT), que assumeix l'adopció de les mesures de seguretat tècniques i organitzatives per protegir la confidencialitat i integritat de la informació, d'acord amb el que estableix la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal i la resta de legislació aplicable. El titular de les dades pot exercitar-ne els drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació, mitjançant una comunicació escrita a Mútuacat.

SIGNATURA DE LA PERSONA LESIONADA

SIGNATURA I SEGELL DE LA PERSONA REPRESENTANT DEL CLUB O DE LA FEDERACIÓ

NORMES D'ACTUACIÓ EN CAS D'ACCIDENT

- Queden coberts per aquesta pòlissa els accidents soferts pels esportistes durant la pràctica esportiva segons el que s'estableix al RD 849/1993, de 4 de juny. Per aquesta raó s'haurà de presentar el carnet d'esportista i el D.N.I.
- La federació, club o entitat esportiva emplenarà degudament i totalment aquest imprès i comunicarà l'accident a MÚTUACAT al telèfon telèfon 902 934 623 o bé al 932 533 893, on li facilitaran el número d'expedient. Caldrà que envii posteriorment aquest imprès per correu electrònic a federacions@mutuacat.cat o bé via WhatsApp al número 608 169 580.
- Una vegada facilitat el número d'expedient, el lesionat podrà acudir al Centre Mèdic concertat per MÚTUACAT més proper al lloc de l'accident per ser atès i hi haurà d'entregar aquesta declaració.