

Nº DE POLISSA:	055-6080039008
Nº D' EXPEDIENT: (1)	

Referència facilitada per la Cia. a la comunicació d'accident feta per la clínica concertada mitjançant trucada al telèfon. **902 - 136524**

FEDERACIÓ CATALANA DE TENNIS
 Passeig Vall d'Hebrón, 196
 8035 BARCELONA
 Tfno: 93-4285353 – Fax: 93-4285545
 E-mail: www.fctennis.cat

CERTIFICAT D'ACCIDENT

Cal presentar la Llicència Federativa, així com el DNI, passaport, etc.

DADES DEL CLUB:

CLUB DE TENNIS: _____		
DOMICILI: _____		
TELÈFON: _____ - _____	LOCALITAT: _____	C.P.: _____
NOM DEL DIRECTIU RESPONSABLE: _____		

DADES DEL LESIONAT:

NOM: _____	DATA NAIXEMENT: _____	
DOMICILI: _____		
LOCALITAT: _____	C.P.: _____	PROVÍNCIA: _____
TELÈFON: _____	Nº LLICÈNCIA(*) _____	DNI: (*) _____

(*) Camp obligatori

DADES DEL COMPANYY DE JOC:

NOM: _____	TELÈFON: _____ - _____
------------	------------------------

CIRCUMSTÀNCIES DE L'ACCIDENT:

DIA: ____ / ____ / ____	HORA: _____	PISTA Nº: _____
(Detallar àmpliament els fets): _____		

CENTRE MÈDIC D'ASSISTÈNCIA: _____

El perjudicat/lesionat del sinistre anteriorment descrit autoritza el tractament de les dades personals subministrades voluntàriament a través del present document i l'actualització dels mateixos per a:

- El compliment del propi contracte d'assegurança.
- La valoració dels danys ocasionats en la seva persona.
- La quantificació, si escau, de la indemnització que li correspongui.
- El pagament de l'import de la referida 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 referides dades personals siguin cedides, exclusivament, a aquelles persones o entitats la intervenció de les quals sigui necessària pel desenvolupament de les finalitats indicades anteriorment, així com al prenedor de la pòlissa d'assegurança, i 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 li sigui comunicada cada primera cessió que s'efectuï als referits cessionaris.

Totes les dades són tractades amb absoluta confidencialitat, no sent accessibles a tercers per a finalitats diferents per les quals han estat autoritzats. El fitxer creat està situat a la Ctra. Pozuelo a Majadahonda, 50, 28222 - Madrid, sota la supervisió i control de MAPFRE VIDA, SA D'ASSEGURANCES I REASSEGURANCES, qui assumeix l'adopció de les mesures de seguretat d'indole tècnica i organitzativa per protegir la confidencialitat i integritat de la informació, d'acord amb allò establert en la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal i altra legislació aplicable i davant qui el titular de les dades pot exercitar els seus drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació de les seves dades de caràcter personal subministrades, mitjançant comunicació escrita.

I per deixar constància als efectes oportuns, signo el present certificat a _____ amb data ____ de _____ del 20 ____

EL DIRECTIU RESPONSABLE:	CONFORME EL PRESIDENT	CONFORME EL LESIONAT
(SIGNATURA)	(SIGNATURA)	(SIGNATURA)