

PARTE DE COMUNICACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL

| | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| TOMADOR | FEDERACIÓN BALEAR DE VELA |
| Nº DE POLIZA | 055-6080247014 |
| Nº DE EXPEDIENTE (1) | |

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la Federación al Tel. **902-136524**

DATOS DEL ASEGURADO

| | | |
|--------------------------|-----------------|----------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS _____ | DNI _____ | EDAD _____ |
| DOMICILIO _____ | LOCALIDAD _____ | |
| PROVINCIA _____ | C.P. _____ | TELEFONO _____ |
| Nº LICENCIA _____ | | |

DATOS DEL PERJUDICADO

| | | |
|--------------------------|-----------------|----------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS _____ | DNI _____ | EDAD _____ |
| DOMICILIO _____ | LOCALIDAD _____ | |
| PROVINCIA _____ | C.P. _____ | TELEFONO _____ |

EN CASO DE SER FEDERADO Nº LICENCIA _____

RELATO DE LOS HECHOS

| |
|--|
| LUGAR DE OCURRECIA _____ |
| LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ |
| RELATO DE HECHOS _____ |
| |
| AUTORIDAD INTERVINIENTE / TESTIGOS _____ |
| |

El perjudicado 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

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 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 el Paseo de Recoletos nº 23, 28020 Madrid, bajo la supervisión y control de MAPFRE SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., 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 Asegurado.

Firma del Perjudicado.

Firma y Sello del representante de la Entidad.

NORMAS DE ACTUACION EN CASO DE SINIESTRO

- 3 El Asegurado y el Club o Entidad Deportiva cumplimentarán **en su totalidad** éste impreso y procederá a comunicar a MAPFRE la ocurrencia del siniestro a través del tlf. **902-13-65-24**, donde le **informarán del número de expediente asignado**.
- 3 El presente documento quedará en poder del Club o Entidad Deportiva con el que posteriormente MAPFRE se pondrá en contacto para indicarle el número de FAX a donde deberá remitirlo.