



DECLARACIÓ D'ACCIDENTS DE LESIONS ESPORTIVES

1. EL SR. / SRA. (a omplir pel responsable del club)

Nom i Cognom del President/ta: _____

Nom i Cognom de l'Entrenador/ra: _____

Club: _____ Categoria: _____ Grup: _____

És obligatori el segell, el nom i la signatura dels dos responsables del club.

DECLARA:

2. DADES DELS ESPORTISTES LESIONATS

Cognoms / Nom: _____

Domicili: _____

Població: _____ CP: _____ DNI: _____

Data Naixement: / / Telèfon: _____ Mòbil: _____

E-mail: _____

3. ACCIDENT I LESIONS PRODUÏDES (a omplir pel responsable del club)

Data Accident: / / Nom del Camp: _____ Hora: _____

Modalitat: Futbol 11 Futbol 7 Futbol Sala Futbol Femení

Produït Durant: Partit Lliga Entrenament Desplaçament Partit Amistós

Posició Camp: Porter Defensa MitgCentre Davanter Altres

Detall de lesions: _____

4. INFORMACIÓ MÈDICA (a omplir pel metge responsable de l'assistència)

Data de la primera assistència: / / _____

Centre / Mèdic primera cura: _____

Diagnòstic provisional: _____

Duració probable de la lesió: _____

El firmant del present document es compromet a recavar el consentiment exprés de l'esportista lesionat per que MCF pugui efectuar els tractaments de les dades recollides al dors del present document. La signatura del present document suposa l'acceptació expressa de la política de protecció de dades recollida al dors del present document.

Sota la meua responsabilitat, certifico l'autenticitat i veracitat de les dades anteriorment consignades i, en prova de això, signo aquest document.

A _____, en data _____ Col.legiat/da núm: _____

| | | | | |
|---------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|
| Club (segell) | President/a (signatura) | Entrenador/ra (signatura) | Lesionat/da (signatura) | Dr./Dra. (signatura) |
|---------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|



DECLARACIÓ D'ACCIDENTS DE LESIONS ESPORTIVES

DORS DOCUMENT

El lesionat consent de forma expressa: 1) Que les dades personals proporcionades, així com qualsevol altre dada que es pogués facilitar al llarg de la tramitació del sinistre inclosos en ambdós casos dades de salut, siguin incloses en un fitxer, automatitzat o no, de responsabilitat de la MCF, única destinatària de les dades, excepte en el cas de les cessions previstes en la present clàusula, amb la finalitat de la gestió pròpia de l'activitat reasseguradora, la prevenció i investigació del frau, així com per la tramitació del comunicat de sinistres. Tant mateix, consent que les seves dades (incloses dades de salut) siguin tractades per altres entitats asseguradores, reasseguradores o centres mèdics i professionals de la medicina que, per raons de reassegurança, o per l'operativa de la gestió de sinistres, intervinguin en la gestió de la pòlissa i dels seus sinistres. 2) Que la MCF pugui sol·licitar de professionals sanitaris i centres mèdics (públics o privats), informació referent a la salut dels lesionats i del seu procés assistencial, amb la finalitat de verificar les cobertures de la pòlissa, justificació dels sinistres, estudi d'autoritzacions per als serveis que així ho requereixin, prevenció i investigació del frau, atenció de les reclamacions que es poguessin efectuar, pagament dels serveis rebuts pel lesionat, als esmentats professionals sanitaris i centres mèdics i compliment de les obligacions derivades a MCF en virtut del contracte de reassegurança. Aquesta autorització es fa extensiva als professionals i centres mèdics als quals es requereixi informació mèdica perquè procedeixin a la seva remissió a la MCF, únicament de conformitat amb el previst en la present clàusula. Les dades personals (incloses dades de salut) que es rebin a la MCF, dels esmentats professionals i centres mèdics seran tractats de conformitat amb les previsions contingudes en la present clàusula, incorporant-se en un fitxer, responsabilitat de la MCF, amb les finalitats indicades en el present paràgraf. 3) Que les dades del contracte d'assegurança i els seus sinistres vinculats, podran ser cedits a fitxers comuns per a la liquidació de sinistres conforme al que es disposa en l'article 25 del RDL 6/2004, de 29 d'Octubre i la DA 6a. de la LO 15/1999, de 13 de desembre.

Les dades del responsable del club seran tractades amb la finalitat de la gestió de la present declaració de sinistre, seran incorporades a un fitxer de Mutualitat de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija Delegación Catalunya (domicili a C/ Viriato, 2, 28010 Madrid), als afectats de la gestió de la pòlissa d'assegurança en virtut de la qual el lesionat figura com assegurat de la mateixa.

Totes les dades obtingudes, així com els anteriors tractaments i cessions, són imprescindibles per a l'establiment i desenvolupament de la relació contractual.

El titular de les dades podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició al tractament de les mateixes, dirigint-se al Departament d'Atenció al Mutualista (**atenció.mutualistacf.cat**)