

**DOCUMENT DE COMUNICACIÓ D'ACCIDENTS**

PRENEDOR:

Núm de PÒLISSA:

**DADES DEL LESIONAT**

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

**CERTIFICACIÓ DE L'ACCIDENT**

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

DATA D'OCURRÈNCIA.....HORA D'OCURRÈNCIA.....  
LLOC D'OCURRÈNCIA.....  
TELÈFON DE CONTACTE.....  
FORMA D'OCURRÈNCIA.....

CENTRE ON HA SERÀ ATÈS.....

**ES COBRIRAN LES URGÈNCIES EN UN MÀXIM DE 24 HORES**

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

NIF, SEGELL I SIGNATURA DE LA PERSONA  
REPRESENTANT DE L'ORGANITZACIÓ**NORMES D'ACTUACIÓ EN CAS D'ACCIDENT****DURANT L'ACTIVITAT**

• En el cas d'accident que requereixi atenció mèdica urgent, la persona s'haurà de dirigir directament al centre especificat al final de comunicat o a qualsevol dels centres estipulats com a URGÈNCIES, del document CENTRES\_MEDICS.PDF del següent web: <http://goo.gl/CFsh0o>

**POSTERIORMENT A L'ACTIVITAT (termini màxim 5 dies)**

• L'entitat / organització emplenarà totalment aquest imprès i comunicarà l'accident a MÚTUACAT per fax al **938 773 557** o bé per correu electrònic a **autoritzacions@mutuacat.cat**

• En el cas que sigui necessari continuar l'assistència mèdica amb visites successives, tractaments, etc, caldrà presentar l'informe d'urgències per demanar l'autorització a la Mútua i trucar al telèfon 902 490 480.