

Document que ha d'omplir obligatòriament l'assegurat per rebre assistència mèdica, en cas que es produeixi un accident, en el primer servei mèdic que es presti. S'exceptuen els casos d'urgència en el primer servei, i s'ha d'omplir en un termini de set dies després de l'accident.

Document que ha de presentar obligatòriament l'assegurat en cas que demani un reemborsament de les despeses mèdiques de centres de lliure elecció.

Preneur de l'assegurança: FEDERACIÓ D'ENTITATS EXCURSIONISTES DE CATALUNYA

Dades de l'assegurat

Nom i cognoms: _____ DNI: _____

Domicili: _____

Club o entitat excursionista al quals pertany: _____

Data de naixement: _____ Estic federat a la FEEC i he pagat el carnet de l'any actual: SÍ NO

Modalitat de carnet (*): A / B C D E Núm. de llicència: _____

En cas de carnet temporal (*): 1 2 3 4

Període de cobertura de carnet temporal Del ~~1/1/20G~~ / ~~1/1/20G~~ Del ____ / ____ / 20G ____

(* Assenyali amb una X la modalitat que correspongui

Informació sobre l'accident

Data en què s'ha produït: ____ / ____ / 20G ____ Hora aproximada: ~~11:00~~ Lloc: _____

Descriu com s'ha produït l'accident: _____

Nom i cognoms de la persona que l'acompanyava en el moment de l'accident: _____

Activitat esportiva que feia quan es va produir l'accident (*).

- | | | |
|----------------------|-------------------------------|----------------------|
| a. Esquí de muntanya | e. Escalada | i. Espeleologia |
| b. Esquí alpi | f. Excursionisme / senderisme | j. Raids de muntanya |
| c. Barrancs | g. Bicicleta de muntanya | k. Altres |
| d. Alpinisme | h. Curses | |

En cas que sigui "Altres", detalli l'activitat: _____

Mode d'ocurrència: Competició Entrenament Cursos En altres circumstàncies

En cas que siguin altres circumstàncies, detalli-les: _____

(* Assenyali amb una X l'activitat que correspongui

L'assegurat declara que les respostes anteriors són certes i que el sinistre declarat és la conseqüència d'un accident produït durant la pràctica esportiva en un entorn de muntanya i derivat d'una causa violenta, sobtada, externa i aliena a la intenció de l'assegurat.

Tractament i cessió de Dades Personals

AGRUPACIÓ AMCI D'ASSEGURANCES I REASSEGURANCES S.A., com a responsable del tractament, tractarà les seves dades en virtut del contracte d'assegurança i, si escau, del compliment d'una obligació legal, amb la finalitat de poder prestar els serveis i les garanties relacionats amb el contracte d'assegurança. A l'efecte de garantir el desenvolupament del contracte d'assegurança podem tractar les dades personals, incloses les dades de salut, dels prenedors, els assegurats i els beneficiaris. Les dades no se cediran a tercers, excepte obligació legal, interès vital, prestació del servei per professionals encarregats del tractament, tercers o amb el consentiment previ de l'interessat.

Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, portabilitat i supressió de les vostres dades i els de limitació i oposició al vostre tractament a través del correu electrònic: protecciondatosgacm@gacm.es

Si voleu tenir més informació sobre el tractament de les vostres dades personals consulteu la nostra política de privadesa a: www.tomamosimpulso.com/es/particulares/proteccion-de-datos.html

Localitat i data: _____

Signatura de l'assegurat: _____

Pòlisses núm.: 2512700132-6 / 2512700133-4 / 2512700160-7