

Parte de Comunicación de Accidentes

TOMADOR:

Nº DE PÓLIZA:

Nº EXPEDIENTE(1):

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la Federación al tel. 902-136524 / 918-365365 (llamadas nacionales), +34 915-811828 (llamadas internacionales)

TIPO DE LICENCIA

DATOS DEL LESIONADO

Nombre y Apellidos:				
Domicilio:				
Cód. Postal:	Población:	Provincia:	NºLicencia:	
DNI:	Edad:	Sexo:	Email:	Tel.:

CERTIFICACION DEL ACCIDENTE

D/Dña	Presidente de				con
CIF:	certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos de indican a continuación:				
Lugar de ocurrencia:	País		Comunidad Autónoma	Provincia	
Macizo Montañoso	Nombre del Paraje				
Forma de ocurrencia:					
Fecha de ocurrencia:	Hora:	Día de la Semana:	Festivo:	Sí	No Club:
Entrenamiento	Actividad personal	Actividad organizada	Nº Responsables	Tamaño del grupo:	
Atención Sanitaria en:					

TIPO DE ACCIDENTE

Avalancha de nieve	Rotura de anclaje
Anclaje mal colocado	Caída de piedras
Rotura de cuerda	Extravío
Enganche de cuerdas	Caída en vertical
Colisión con rocas	Colisión con objetos
Problemas físicos	Enriscamiento
Tropezos (caída al mismo nivel)	
Salto a pozas de agua caída en escalada	
Deslizamiento por pendiente	
Incomunicación por meteorología	
Colisión con personas	
Otro:	

MODALIDAD DEPORTIVA QUE ESTABAS PRACTICANDO

Senderismo	Alpinismo	Prueba deportiva	
Esquí de montaña/Splitboard	Vía Ferrata		
Montañismo/Progresión por terreno abrupto			
Snowboard	Esquí de pista		
Esquí fuera pista	Raquetas de nieve		
Barranquismo	Rapel	Rocódromo	Bloque
Escalada en escuela	Carrera por montaña		
Escalada alta montaña	Escalada en crestas		
Escalada en hielo	Escalada artificial		
Dry tooling	Btt	Nordic walking	
Otra:			

Asistencia: Hubo Rescate:

Grupo que lo realizo:

Medios intervinientes:

Urgencia (Centro):

Hospitalización (Centro):

El perjudicado/lesionado 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. * Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez extinguida la relación contractual. 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 que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal 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: Carretera de Pozuelo nº 50, 28222 Majadahona Madrid, bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA, 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.

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE: Quedan cubiertos por ésta póliza los accidentes sufridos por los deportistas federados durante la práctica deportiva conforme a lo establecido en el R.D. 849/1993, de 4 de junio. Para ello se habrá de presentar la licencia y el D.N.I.
El federado, cumplimentará en su totalidad éste impreso y comunicará el accidente a MAPFRE a través del teléfono 902-136524 / 918-365365 (llamadas nacionales), +34 915-811828 (llamadas internacionales), donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso a la Federación (XXXXXX@.com o fax XXXXX) para ser firmado y sellado por ésta. Una vez facilitado el número de expediente, y el parte firmado y sellado por la Federación, el lesionado acudirá al Centro Médico concertado por MAPFRE más cercano al lugar del accidente para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.

Firma del Lesionado:

Firma y sello de la Federación: