

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. 918 366 342 / 900 810 173 (llamadas nacionales), +34 915 811 823 (llamadas internacionales)

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
Eenganche 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
Escalada en escuela		Bloque
Escalada alta montaña		Carrera por montaña
Escalada en hielo		Escalada en crestas
Dry tooling	Btt	Escalada artificial
		Nordic walking
Otra:		

Asistencia: Hubo Rescate:

Grupo que lo realizo:

Medios intervinientes:

Urgencia (Centro):

Hospitalización (Centro):

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 918 366 342 / 900 810 173 (llamadas nacionales), +34 915 811 823 (llamadas internacionales), donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso a la Federación 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.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: MAPFRE VIDA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA

Finalidades: El cumplimiento del contrato de seguro y gestión del siniestro, prevención del fraude; gestión centralizada de sus datos a través de recursos informáticos, organizativos y administrativos en su relación con las entidades del Grupo MAPFRE.

Legitimación: Ejecución del Contrato, Obligación Legal e Interés Legítimo

Destinatarios: Podrán comunicarse datos a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades descritas y al tomador de la póliza de seguro, y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional.

Derechos: Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.

Información adicional: Puede consultar información adicional de protección de datos en:

<https://app.mapfre.es/RGPD#/Docs/MV-PRESTACIONES-02ES>

Mediante su firma queda informado sobre el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones indicados. En caso de facilitar datos de personas diferentes de usted, deberá informarles de los mismos. Si proporciona datos de menores de dieciséis años o dependientes, deberá haber informado de dichos términos a los tutores legales del menor o dependiente.

Firma del Lesionado:

Firma y sello de la Federación: