

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 |
| Enganche de cuerdas | Caída en vertical |
| Colisión con rocas | Colisión con objetos |
| Problemas físicos | Enriscamiento |
| Tropiezos (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 realizó:

Medios intervintentes:

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 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 diecisésis 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: