

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES**

TOMADOR: **FEDERACION DE DEPORTES DE MONTAÑA DE CASTILLA Y LA MANCHA**  
Nº de PÓLIZA: **0551480563745** Nº EXPEDIENTE (1):

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

**DATOS DEL LESIONADO**

Nombre y apellidos:  
Domicilio: Nº Licencia:  
Cód. Postal: Población: Tel.:  
DNI: Edad: email:

**CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**

D. Carlos Ortega Abarca, Presidente de la Federación de Deportes de Montaña de Castilla La Mancha con CIF: G19028372 certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación.

Lugar de ocurrencia:  
Fecha de ocurrencia: Club:  
Forma de ocurrencia y descripción de las lesiones:

Atención Sanitaria en:

**MODALIDAD DEPORTIVA QUE ESTABAS PRACTICANDO**

SENDERISMO- MONTAÑISMO- ESQUÍ DE MONTAÑA- SNOW DE MONTAÑA- ROCÓDROMO-  
ALPINISMO- RAQUETAS- BARRANQUISMO- ESCALADA (Med.Natur.)- BLOQUE- CARRERAS POR  
MONTAÑA- ESQUÍ PISTA- BTT- ESPELEOLOGÍA- SNOWBOARD- ESQUI DE FONDO-  
OTROS (indica cual):

**ASISTENCIA**

HUBO RESCATE GRUPO DE RESCATE  
INTERVINO EL HELICÓPTERO AMBULANCIA  
HOSPITALIZACIÓN URGENCIA (indica el 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.

Firma del lesionado

Firma y sello de la FDMCM

Imprime y firma (obligatorio según LOPD)

**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 (llamadas nacionales), +34 915-811828 (llamadas internacionales), donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso a la Federación (contacto@fdmcm.com o por fax 969 235 660) 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.