

<b>TOMADOR</b>	HGF GTCEKQP 'F'G'O QP VC § C'F'G'ECUVKNC'NC'O CPEJ C
<b>Nº DE POLIZA</b>	
<b>Nº DE EXPEDIENTE (1)</b>	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la Federación al tel. **902-136524**

**DATOS DEL LESIONADO**

NOMBRE Y APELLIDOS _____	DNI _____	EDAD _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELÉFONO _____
Nº LICENCIA _____		

**CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**

D. \_\_\_\_\_, en nombre y representación de la Federación de Montaña de xxxxxxxx certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____	TELÉFONO _____
DOMICILIO _____	
FECHA DE OCURRENCIA _____	
FORMA DE OCURRENCIA _____	
ATENCIÓN SANITARIA EN _____	

**MODALIDAD DEPORTIVA que estaba practicando**

SENDERISMO <input type="checkbox"/>	MONTAÑISMO <input type="checkbox"/>	ESQUI MONTAÑA <input type="checkbox"/>	ROCODROMO <input type="checkbox"/>
ALPINISMO <input type="checkbox"/>	DESCENSO DE CAÑONES <input type="checkbox"/>	ESACALADA (Med. Nat) <input type="checkbox"/>	CARRERA POR MONTAÑA <input type="checkbox"/>
RAQUETAS <input type="checkbox"/>	BTT <input type="checkbox"/>	ESQUI PISTA <input type="checkbox"/>	ESPELEOLOGIA <input type="checkbox"/>
SNOW <input type="checkbox"/>	MARCHA NORDICA <input type="checkbox"/>	OTROS (indica cual): _____	

**ASISTENCIA:**

HUBO RESCATE <input type="checkbox"/>	GRUPO DE RESCATE <input type="checkbox"/>	INTERVENCION HELICOPTERO <input type="checkbox"/>
HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/>	URGENCIA <input type="checkbox"/>	AMBULANCIA) <input type="checkbox"/>

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 del representante de la Entidad

**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.
- ✓ La Federación, cumplimentará **en su totalidad** éste impreso y comunicará el accidente a MAPFRE a través del teléfono **902-136524**, donde le **facilitarán el número de expediente**, remitiendo posteriormente este impreso por fax a MAPFRE al número **91 700 30 73**.
- ✓ **Una vez facilitado el número de expediente**, 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.