MAPFRE | VIDA

DECLARACIÓN DE ACCIDENTES

Nº DE PÓLIZA	0551780014169	Nº EXPEDIENTE(1)	
TOMADOR	FEDERACION DE DEPORTE ADAPTADO DE CASTILLA Y LEON		

(1) Referencia facilitada por la Compañía en el momento de comunicar el accidente deportivo por MAPFRE. Teléfono **918-366224**

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRES Y APELLIDOS				DNI	
DOMICILIO		LOCALIDAD			
PROVINCIA		CODIGO POSTAL		EDAD	
Nº LICENCIA (DNI SIN LETRA)		TELEFONO DEPORTISTA			
ENTIDAD DEPORTIVA					

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE (RESPONSABLE ENTIDAD)

NOMBRES Y APELLIDOS				DNI	
Nº LICENCIA (DNI SIN LETRA)		TELEFONO RESPONSABLE			
ENTIDAD DEPORTIVA					

En representación de la entidad, certifica la ocurrencia del accidente, cuyos datos se indican a continuación

EVENTO REGIONAL		EVENTO NACIONAL		ENTRENAMIENTO		OTRO	
ESPECIFICAR							
MODALIDAD DEPORTIVA		FECHA		HORA			
LUGAR OCURRIENCIA (Instalación, Pabellón, etc.)							

Marcar en qué tipo de Evento, nombre y tipo de entrenamiento donde se ha producido el Accidente Deportivo

DOMICILIO		LOCALIDAD	
PROVINCIA		CODIGO POSTAL	

DESCRIPCION DETALLADA DEL SUCESO/ACCIDENTE

TIPO DE ASISTENCIA

URGENCIAS		AMBULACIA		HOSPITALIZACION		OTRO	
ATENCION SANITARIA EN							
LOCALIDAD		PROVINCIA					

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS

Responsable: MAPFRE VIDA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA
Finalidades: Gestión del siniestro y contrato de seguro, prevención del fraude gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE.
Legitimación: Ejecución del Contrato
Destinatarios: Podrán comunicarse datos a terceros 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 la Información Adicional de Protección de Datos incluida en: http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPERCLIPART02301ESES02

Mediante su firma acepta 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, deberá haber informado de dichos términos a los tutores legales del menor.

Firma Lesionado	Firma Representante entidad	Sello Firma FEDEACYL

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINISTRO (RESUMEN), MODO COMPLETO SECCION LICENCIAS WWW.DEPORTEADAPTADOCYL.ORG

Todas las gestiones con la Aseguradora en caso de Accidente Deportivo **SOLO** podrá ser realizado por la persona **Responsable de la entidad** que Firma el parte y que debe tener LICENCIA FEDERATIVA en el momento de la realización del mismo, no podrán rellenarlo ni DEPORTISTAS ni FAMILIARES DIRECTOS.

El **Responsable de la Entidad** cumplimentará en su totalidad este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE VIDA, a través del nº **918-366224**

El **Responsable de la Entidad** hará entrega del parte en el centro sanitario **CONCERTADO** como condición previa para ser atendido con cargo a la póliza. Se debe incluir necesariamente en el mismo el nº de EXPEDIENTE facilitado por la compañía.

La realización de intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, pruebas traumatológicas, pruebas especiales y rehabilitación requiere previa autorización de la cía. que se ha de solicitar a MAPFRE, por mediación de la Federación, toda gestión que se haga de modo independiente será hará cargo la **ENTIDAD DEPORTIVA**

Salvo casos de **URGENCIA VITAL**, la compañía ni la **FEDERACION** no asumirá el coste de la asistencia sanitaria no prestada en el **CENTRO CONCERTADO** indicado en este parte.

Plazo MAXIMO de realización del parte 48 horas desde que se tuvo el ACCIDENTE DEPORTIVO. El mismo solo será valido con el SELLO DE LA FEDERACION, cualquier parte que no este certificado por la FEDERACION, el coste del mismo pasara a cargo de la Entidad Deportiva