

**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. 902-136524 / 918-365365 (llamadas nacionales), +34 915-811828 (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
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
Otra:		Nordic walking

**Asistencia:** Hubo Rescate:                                      Grupo que lo realizo:  
 Medios intervinientes:  
 Urgencia (Centro):                                      Hospitalización (Centro):

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN 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>

**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 / 918-365365** (llamadas nacionales), **+34 915-811828** (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.**

Mediante su firma acepta el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones indicados. En caso de facilitar datos de personas diferentes a 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 del Lesionado:**

**Firma y sello de la Federación:**