

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

TOMADOR	FEDERACION EXTREMEÑA DE HIPICA
Nº DE POLIZA	055-2180240561
Nº DE EXPEDIENTE(1)	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la feración al tel. 902 136 524

DATOS DEL LESIONADO

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

CERTIFICACION DEL ACCIDENTE

D./Dña _____, Con D.N.I. nº _____, en nombre y representación del Club abajo referenciado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB	CODIGO DE CLUB
DOMICILIO	TELEFONO
FECHA DE OCURRENCIA	
FORMA DE OCURRENCIA	

ATENCION SANITARIA EN

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 información adicional de protección de datos 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 del Lesionado

Firma y Sello del representante de la Entidad

NORMAS DE ACTUACION 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, Club o Entidad Deportiva cumplimentará **en su totalidad** éste impreso y comunicará el accidente a MAPFRE a través del teléfono 91 581 14 00, donde **le facilitarán el número de expediente**, remitiendo posteriormente este impreso por fax a MAPFRE al número **91-700 30 73** o por correo electrónico: **daper.mapgen@mapfre.com**.
- * **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.