

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES DEPORTIVOS

La póliza solamente cubre accidentes deportivos de acuerdo con lo establecido en el R.D. 849/93, de 4 de Junio y en las condiciones de la póliza.

NO ESTÁN CUBIERTAS LESIONES NI DOLENCIAS DE CUALQUIER TIPO QUE NO HAYAN SIDO PROVODADAS POR UN ACCIDENTE DEPORTIVO.

Federación	FEDERACIÓN DE MONTAÑA DE CASTILLA Y LEÓN		
Nº de póliza	040371827		
Nº Licencia de Federado	Modalidad		

DATOS DEL LESIONADO				Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
NOMBRE:		APELLIDOS:		DNI:	
DOMICILIO:			POBLACIÓN:		
PROVINCIA:		C.P.:	FECHA NACIMIENTO:		EDAD:
TELÉFONO:		EMAIL:		CLUB:	
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE					
FECHA DE OCURRENCIA:		HORA:	PROVINCIA/PAÍS:		
LUGAR DE OCURRENCIA (detallar macizo montañoso, paraje, etc...):					
TIPO DE EVENTO: Competición (detallar) <input type="checkbox"/> _____ Entrenamiento <input type="checkbox"/> Actividad organizada <input type="checkbox"/> → <i>Organizador:</i> _____ Cursos <input type="checkbox"/> Actividad personal <input type="checkbox"/> Otros (detallar) <input type="checkbox"/> _____ Tamaño del grupo (si procede): _____					
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:					
TIPO DE ACCIDENTE: _____					
DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN:					
NOMBRE Y TELÉFONO DE LAS PERSONAS QUE LE ACOMPAÑABAN:					
¿Ha recibido asistencia en el evento? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ha recibido asistencia de urgencia? SI <input type="checkbox"/> Nº de expediente aportado por call de urgencias _____ ¿Necesita nueva asistencia médica? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo el asegurado declara conocer que no podrá practicar ninguna actividad deportiva hasta recibir el alta médica por sus lesiones.					
MODALIDAD DEPORTIVA que estaba practicando					
ALPINISMO <input type="checkbox"/>	CARRERAS POR MONTAÑA <input type="checkbox"/>	ESPELEOLOGÍA <input type="checkbox"/>	ESCALADA <input type="checkbox"/>	BTT <input type="checkbox"/>	
MONTAÑISMO <input type="checkbox"/>	RAQUETAS <input type="checkbox"/>	ROCÓDROMO <input type="checkbox"/>	ESCALADA BLOQUE <input type="checkbox"/>	ESQUÍ PISTA <input type="checkbox"/>	
SENDERISMO <input type="checkbox"/>	ESQUÍ MONTAÑA <input type="checkbox"/>	VÍA FERRATA <input type="checkbox"/>	ESCALADA HIELO <input type="checkbox"/>	SNOWBOARD <input type="checkbox"/>	
MARCHA NÓRDICA <input type="checkbox"/>	BARRANQUISMO <input type="checkbox"/>	OTROS (INDICAR CUAL): _____			
ASISTENCIA					
HUBO RESCATE <input type="checkbox"/>		GRUPO RESCATE <input type="checkbox"/> Detallar: _____		INTERVENCIÓN HELICÓPTERO <input type="checkbox"/>	
HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>		URGENCIA <input type="checkbox"/>		AMBULANCIA <input type="checkbox"/>	
NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE					
En caso de Accidente Deportivo que precise ASISTENCIA SANITARIA DE URGENCIA el federado o acompañante deberá ponerse en contacto con el 91 334 32 93 , desde donde se le coordinará la asistencia de urgencia en un centro concertado. Para urgencias en Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Cantabria y Andalucía la asistencia se solicitará al 91 325 55 68 Si NO se trata de una asistencia de urgencia no podrá dirigirse directamente al Centro Concertado, sino que deberá comunicar a AON el accidente para la apertura del expediente a través del siguiente mail: siniestros.federaciones@aon.es ; para cualquier aclaración o duda puede ponerse en contacto en el 91 489 12 68 .					
EL CENTRO MÉDICO CONCERTADO DE ALLIANZ NO ATENDERÁ NINGUNA ASISTENCIA MÉDICA QUE NO SEA DE URGENCIA SI NO TIENE LA AUTORIZACIÓN PREVIA POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.					
El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza expresamente 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 y el pago, en su caso, del importe de la referida indemnización. 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 sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. integrará los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su declaración de siniestro. El tomador del Seguro y los Asegurados facultan al Asegurador para que requiera o comunique a médicos y centros sanitarios los datos clínicos necesarios para prestarle el servicio garantizado de su póliza, así como a otros terceros cuya intervención es necesaria para la ejecución del contrato, comprometiéndose la Compañía a guardar la correcta confidencialidad de los mismos. El firmante se compromete a informar a la personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado. El abajo firmante declara que los datos que figuran en la presente declaración son verdaderos.					

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del Lesionado

Firma y Sello de la Federación