

**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. 918 366 190

**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 Bloque
Escalada en escuela		Carrera por montaña
Escalada alta montaña		Escalada en crestas
Escalada en hielo		Escalada artificial
Dry tooling	Btt	Nordic walking
Otra:		

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

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 : 918 366 290, donde le facilitarán el número de expediente

**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/VIDESPPECLIPART02301ESES02>

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 de la Federación:**

