

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.

| | | | |
|---|--|------------|--|
| FEDERACIÓ BALEAR DE MUNTANYISME I ESCALADA | | | |
| Nº de póliza: | | 040533398 | |
| Nº de Socio o licencia: | | Cobertura: | |

| 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 HELICOPTERO <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 913 343 293 , desde donde se le coordinará la asistencia de urgencia en un centro concertado. | | | | |
| Si NO se trata de una asistencia de urgencia no podrá dirigirse directamente al Centro Concertado, sino que deberá comunicar a la F.B.M.E el accidente para que la compañía pueda proceder a la apertura del expediente a través del siguiente mail: parteaccidentefbme@gmail.com ; para cualquier aclaración o duda puede ponerse en contacto en el 971 291 374 . | | | | |
| EL CENTRO MEDICO CONCERTADO DE ALLIANZ NO ATENDERA NINGUNA ASISTENCIA MEDICA QUE NO SEA DE URGENCIA SI NO TIENE LA AUTORIZACION 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. De conformidad con lo establecido en la Ley 15/99 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, quedo informado de la existencia de un fichero informático de titularidad de ALLIANZ, de la necesidad de suministrar los datos médicos requeridos para poder tramitar el siniestro objeto de la presente declaración y de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, prestando el consentimiento expreso al tratamiento automatizado de los datos, y muy especialmente de los datos de salud contenidos en la presente declaración de siniestro de accidentes. | | | | |

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del Lesionado

Firma y Sello de la Federación