**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: (El DNI o NIE sin la última letra)**  | Escriba aquí | **COBERTURA:** | Escriba aquí |
| **DATOS DEL LESIONADO** | **Sexo:** [ ]  Hombre [ ]  Mujer |
| NOMBRE: Escriba aquí | APELLIDOS: Escriba aquí | DNI: Escriba aquí |
| DOMICILIO: Escriba aquí | POBLACIÓN: Escriba aquí |
| PROVINCIA: Escriba aquí  | C.P.: Escriba aquí | FECHA NACIMIENTO: Escriba aquí | EDAD: Escriba aquí |
| TELÉFONO: Escriba aquí | EMAIL: Escriba aquí  | CLUB: Escriba aquí |
| **DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE** |
| **FECHA DE OCURRENCIA:** Escoge una fecha. | **HORA:** Indique hora. | **PROVINCIA/PAÍS** Escriba aquí**:**  |
| **LUGAR DE OCURRENCIA** (detallar macizo montañoso, paraje, etc…)**:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **TIPO DE EVENTO:** Competición (detallar) [ ]  -> Escriba aquí Entrenamiento [ ]  Actividad organizada [ ]  -> Organizador: Escriba aquí Cursos [ ]  Actividad personal [ ]  Otros (detallar) [ ]  Escriba aquí Tamaño del grupo (si procede): Escriba aquí |
| **DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:** Escriba aquí |
| **TIPO DE ACCIDENTE:** Escriba aquí |
| **DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN:** Escriba aquí |
| **NOMBRE Y TELÉFONO DE LAS PERSONAS QUE LE ACOMPAÑABAN:** Escriba aquí |
| ¿Ha recibido asistencia en el evento? SI [ ]  No [ ] ¿Ha recibido asistencia de urgencia? SI [ ]  Nº de expediente aportado por call de urgencias: Escriba aquí¿Necesita nueva asistencia médica? SI [ ]  No [ ]  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 |[ ]  CARRERAS POR MONTAÑA |[ ]  ESPELEOLOGÍA |[ ]  ESCALADA |[ ]  BTT |[ ]
| MONTAÑISMO |  [ ]  | RAQUETAS |[ ]  ROCÓDROMO |[ ]  ESCALADA BLOQUE |[ ]  ESQUÍ PISTA |[ ]
| SENDERISMO |[ ]  ESQUÍ MONTAÑA |[ ]  VÍA FERRATA |[ ]  ESCALADA HIELO |[ ]  SNOWBOARD |[ ]
| MARCHA NÓRDICA |[ ]  BARRANQUISMO |[ ]  OTROS (INDICAR CUAL): | Escriba aquí |
| **ASISTENCIA** |
| HUBO RESCATE [ ]  | GRUPO RESCATE [ ]  Detallar: Escriba aquí | INTERVENCIÓN HELICOPTERO [ ]  |
| HOSPITALIZACIÓN [ ]  | URGENCIA [ ]  | AMBULANCIA [ ]  |
| **NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE** |
| **En caso de Accidente Deportivo que precise ASISTENCIA SANITARIA DE URGENCIA VITAL 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 Población, 6 de marzo de 2019.

 Firma del Lesionado Firma y Sello de la Federación