

<b>Nº DE PÓLIZA</b>	<b>0556080200959</b>	<b>Nº EXPEDIENTE(1)</b>	
<b>TOMADOR</b>	<b>FEDERACION POLIDEPORTIVA DE DISCAPACITADOS DE CASTILLA Y LEON</b>		

(1) Referencia facilitada por la Compañía en el momento de comunicar el accidente deportivo por MAPFRE. Teléfono **902-136524**

DATOS DEL LESIONADO			
NOMBRES Y APELLIDOS		DNI	
DOMICILIO	LOCALIDAD		
PROVINCIA	CODIGO POSTAL	EDAD	
Nº LICENCIA (DNI SIN LETRA)	TELEFONO DEPORTISTA		
ENTIDAD DEPORTIVA			

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE (RESPONSABLE ENTIDAD)			
NOMBRES Y APELLIDOS		DNI	
Nº LICENCIA (DNI SIN LETRA)	TELEFONO RESPONSABLE		
ENTIDAD DEPORTIVA			

*En representación de la entidad, certifica la ocurrencia del accidente, cuyos datos se indican a continuación*

EVENTO REGIONAL	EVENTO NACIONAL	ENTRENAMIENTO	OTRO
ESPECIFICAR			
MODALIDAD DEPORTIVA	FECHA	HORA	
LUGAR OCURRENCIA (Instalación, Pabellón, etc.)			

*Marcar en qué tipo de Evento, nombre y tipo de entrenamiento donde se ha producido el Accidente Deportivo*

DOMICILIO	LOCALIDAD
PROVINCIA	CODIGO POSTAL

DESCRIPCION DETALLADA DEL SUCESO/ACCIDENTE	

TIPO DE ASISTENCIA			
URGENCIAS	AMBULACIA	HOSPITALIZACION	OTRO
ATENCION SANITARIA EN			
LOCALIDAD	PROVINCIA		

### 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/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 Lesionado	Firma Representante entidad	Sello Firma FECLEDMI

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINISTRO (RESUMEN), MODO COMPLETO SECCION LICENCIAS WWW.FECLEDMI.ORG
Todas las gestiones con la Aseguradora en caso de Accidente Deportivo <b>SOLO</b> podrá ser realizado por la persona <b>Responsable de la entidad</b> que Firma el parte y que debe tener LICENCIA FEDERATIVA en el momento de la realización del mismo, no podrán rellenarlo ni DEPORTISTAS ni FAMILIARES DIRECTOS.
El <b>Responsable de la Entidad</b> cumplimentará en su totalidad este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE VIDA, a través del nº <b>902-136524</b>
El <b>Responsable de la Entidad</b> hará entrega del parte en el centro sanitario <b>CONCERTADO</b> como condición previa para ser atendido con cargo a la póliza. Se debe incluir necesariamente en el mismo el nº de EXPEDIENTE facilitado por la compañía.
La realización de intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, pruebas traumatológicas, pruebas especiales y rehabilitación requiere previa autorización de la cía. que se ha de solicitar a MAPFRE, por mediación de la Federación, toda gestión que se haga de modo independiente será hará cargo la <b>ENTIDAD DEPORTIVA</b>
Salvo casos de <b>URGENCIA VITAL</b> , la compañía ni la <b>FEDERACION</b> no asumirá el coste de la asistencia sanitaria no prestada en el <b>CENTRO CONCERTADO</b> indicado en este parte.
Plazo MAXIMO de realización del parte 48 horas desde que se tuvo el ACCIDENTE DEPORTIVO. El mismo solo será valido con el SELLO DE LA FEDERACION, cualquier parte que no este certificado por la FEDERACION, el coste del mismo pasara a cargo de la Entidad Deportiva