

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES FEDERACIONES**

<b>TOMADOR</b>	<b>FEDERACION MADRILEÑA DE FUTBOL SALA</b>
<b>Nº DE POLIZA</b>	<b>0551480314026</b>
<b>Nº DE EXPEDIENTE (1)</b>	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la Federación al tel. **902-811 899**

**DATOS DEL LESIONADO**

NOMBRE Y APELLIDOS _____	DNI _____	EDAD _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELÉFONO _____
Nº LICENCIA _____		

**CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**

D. \_\_\_\_\_, Con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, en nombre y representación del Club abajo referenciado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB \_\_\_\_\_ CODIGO DE CLUB \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
 FECHA DE OCURRENCIA \_\_\_\_\_  
 FORMA DE OCURRENCIA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN SANITARIA EN** \_\_\_\_\_

**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 del Lesionado

Firma y Sello del representante de la Entidad

**NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE**

- ✓ 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.
- ✓ La Federación, Club o Entidad Deportiva cumplimentará **en su totalidad** éste impreso y comunicará el accidente a MAPFRE a través del teléfono **902 811 899**, donde le **facilitarán el número de expediente**, remitiendo posteriormente este impreso por fax a MAPFRE al número **91 700 30 73** o por mail: [daper.mapgen@mapfre.com](mailto:daper.mapgen@mapfre.com)
- ✓ **Una vez facilitado el número de expediente**, el lesionado acudirá al **Centro Médico concertado por MAPFRE más cercano al lugar del accidente para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.**