



PARTE DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

TOMADOR: CONSEJERIA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTES DE CASTILLA-LA MANCHA

NÚM. POLIZA: 0552680158044

NÚM. DE EXPEDIENTE (1):

(1). Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del expediente al teléfono: 918 366 224 / 900 810 852

DATOS DEL LESIONADO/A

NOMBRE Y APELLIDOS:	DNI:	EDAD:
DOMICILIO:	LOCALIDAD:	
PROVINCIA:	CP:	TFNO:
	EMAIL:	

CERTIFICADO DEL ACCIDENTE

D./DÑA. DNI N.º.....
En nombre y representación de la Entidad arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA:	NOMBRE CLUB:
DOMICILIO:	TELEFONO:
FECHA DE OCURRENCIA:	
FORMA DE OCURRENCIA:	
ATENCIÓN SANITARIA EN:	

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS

Responsable: MAPFRE VIDA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA

Finalidades: El cumplimiento del contrato de seguro y gestión de siniestros, prevención del fraude; gestión centralizada de sus datos a través del recursos informáticos, organizativos y administrativos en su relación con las entidades del Grupo MAPFRE.

Legitimación: Ejecución del Contrato, Obligación Legal e Interés Legítimo.

Destinatarios: Podrán comunicarse datos a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de finalidades descritas y al tomador de la póliza de seguro, 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:

<https://app.mapfre.es/RGPD#/Docs/MV-PRESTACIONES-02ES>

Mediante su firma queda informado sobre el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones indicados. En caso de facilitar datos de personas diferentes a usted, deberá informarles de los mismos. Si proporciona datos de menores de dieciséis años o dependientes, deberá haber informado de dichos términos a los tutores legales del menor o dependiente.

Firma del Lesionado/a

Firma y Sello del representante de la Entidad

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

1) El colectivo cumplimentará en su totalidad este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE VIDA, a través del nº de teléfono **918 366 224 / 900 810 852**.

2) El lesionado/a hará entrega del parte en el centro sanitario concertado como condición previa para ser atendido con cargo a la póliza. Será **requisito imprescindible** que en el mismo conste el nº de EXPEDIENTE facilitado por la compañía.

3) El centro sanitario deberá acompañar este impreso y el informe médico de urgencias a la factura y dirigirlo a:

MAPFRE VIDA (C.I.F.: A-28229599)

DPTO. PRESTACIONES A PERSONAS

C/ Maria Tubau nº 10. Edificio A, 5º Planta. 28050, MADRID

4) La realización de intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, pruebas especiales y rehabilitación **requiere previa autorización** de la compañía, que se ha de solicitar en el email accidentes@mapfre.com

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL PARTE DE ACCIDENTE DEPORTIVO

PROGRAMA SOMOS DEPORTE 3-18



PARTE DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

TOMADOR: CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTES DE CASTILLA-LA MANCHA	
NÚM. POLIZA: 0552680158044	NUM. DE EXPEDIENTE (1):
(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del expediente al teléfono: 918 368 224 / 900 810 852	
DATOS DEL LESIONADO	
NOMBRE Y APELLIDOS:	DNI: EDAD:
DOMICILIO:	LOCALIDAD:
PROVINCIA: CP: TFNO:	EMAIL:
CERTIFICADO DEL ACCIDENTE	
D/DNA: DNI N°	
En nombre y representación de la Entidad arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:	
LUGAR DE OCURRENCIA:	NOMBRE CLUB:
DOMICILIO:	TELEFONO:
FECHA DE OCURRENCIA:	
FORMA DE OCURRENCIA:	
ATENCIÓN SANITARIA EN:	

Nº de expediente: Lo asignará Mapfre vía telefónica.

Cumplimentar por la **persona que da fe de la ocurrencia del accidente y que se encarga de facilitar o entregar el parte al lesionado**. Puede tratarse, por ejemplo, del entrenador, delegado u otra persona responsable de la entidad deportiva que tenga conocimiento directo de los hechos.

Forma de ocurrencia: Indicar cómo se ha producido la lesión o accidente deportivo.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable: MAPFRE VIDA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA Finalidades: El cumplimiento del contrato de seguro y gestión de siniestros, prevención del fraude; gestión centralizada de sus datos a través del recursos informáticos, organizativos y administrativos en su relación con las entidades del Grupo MAPFRE. Legitimación: Ejecución del Contrato, Obligación Legal e Interés Legítimo. Destinatarios: Podrán comunicarse datos a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades descritas y al tomador de la póliza de seguro, 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: https://app.mapfre.es/RGPD/Docs/MV-PRESTACIONES-02ES Mediante su firma queda informado sobre el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones indicados. En caso de facilitar datos de personas diferentes a usted, deberá informarles de los mismos. Si proporciona datos de menores de dieciséis años o dependientes, deberá haber informado de dichos términos a los tutores legales del menor o dependiente.	
Firma del Lesionado	Firma y Sello del representante de la Entidad/Tomador

Firma del lesionado/a: La persona accidentada/lesionada deberá firmar el parte.

Atención sanitaria en: Indicar el centro médico indicado por MAPFRE, vía telefónica, para recibir la segunda asistencia.

Firma: La firma debe corresponderse con algún representante de la entidad deportiva que certifica el accidente.

Sello: La entidad deportiva a la que pertenece la persona deportista lesionada deberá sellar la hoja. El sello es imprescindible para dar validez a los datos recogidos, por lo que **no se aceptará ningún parte por parte de la compañía que no esté sellada**.