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.

Nº PÓLIZA: 040533398	**– FEDERACIÓ BALEAR DE MUNTANYISME I ESCALADA –**
Nº SOCIO/A:	**TIPO LICENCIA:**

DATOS DEL LESIONADO

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

NOMBRE:		**APELLIDOS:**		**DNI:**	
DOMICILIO:				**POBLACIÓN:**	
PROVINCIA:		**C.P.:**		**FECHA NACIMIENTO:**	
TELÉFONO:		**EMAIL:**		**CLUB:**	

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

FECHA DE OCURRENCIA:		**HORA:**		**PROVINCIA/PAÍS:**	

LUGAR DE OCURRENCIA (también detallar macizo montañoso, paraje, etc…):

TIPO DE EVENTO: Competición (detallar) ☐ _____

Entrenamiento ☐ Cursos ☐ Actividad personal ☐ Otros (detallar) ☐ _____

Tamaño del grupo (si procede): _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

ZONA DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN:

NOMBRE Y TELÉFONO DE LAS PERSONAS QUE LE ACOMPAÑABAN:

¿Ha recibido asistencia en el evento? SI ☐ No ☐
¿Ha recibido asistencia de urgencia? SI ☐ Nº de expediente aportado por call de urgencias _____
¿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
☐ MONTAÑISMO	☐ RAQUETAS	☐ ROCÓDROMO	☐ BTT
☐ SENDERISMO	☐ ESQUÍ MONTAÑA	☐ VÍA FERRATA	☐ ESQUÍ PISTA
☐ MARCHA NÓRDICA	☐ BARRANQUISMO		☐ SNOWBOARD

ASISTENCIA

☐ HUBO RESCATE	☐ GRUPO RESCATE	Detallar:
☐ HOSPITALIZACIÓN	☐ INTERVENCIÓN HELICOPTERO	☐ 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 FBME el accidente para que la compañía pueda proceder a la apertura del expediente a través del siguiente mail: gestionaccidentes@fbmweb.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.

En _____, a _____ de _____ del 2023

Nombre completo del lesionado/a: _____

Firma:

FEDERACIÓ BALEAR DE MUNTANYISME I ESCALADA

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 estos 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.