



PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

TOMADOR: Federación Navarra de Ciclismo

Nº de PÓLIZA: 2018-CNA-DP-0000001

\* Nº EXPEDIENTE:

\* Referencia facilitada por la Compañía al comunicar el accidente al telefono de asistencia 24h de la compañía: 917 371 348

DATOS DEL LESIONADO

Formulario for personal data: Nombre y Apellidos, Domicilio, Cód Postal, DNI, Nº De Licencia, Piso, Población, Edad, Letra, Telf, E-mail.

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

Formulario for accident certification: Fecha de ocurrencia, Lugar de ocurrencia, Municipio, Forma de Ocurrencia, Atención Sanitaria en, Daños o Lesiones Sufridas, Testigos del siniestro.

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza 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.
\* El pago del importe de la referida indemnización.
\* Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez extinguida la relación contractual.

Protocolo de Actuación En caso de Accidente:

- 1- Poner en conocimiento de la compañía aseguradora el accidente, llamando al Centro de Atención 24 horas de la compañía: 917 371 348
2- En la comunicación telefónica debe facilitarse los datos requeridos. Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención facilitará el número de expediente, que deberá se anotado en el encabezamiento del Parte.
3- Cumplimentación del "Parte de Comunicación de Accidentes" que deberá ser Firmado y sellado por la Federación
El parte se remitirá posteriormente a la compañía por e-mail a la dirección de correo electrónico: mutuasportaccidentes@mutuasport.com, manteniendo la Federación copia del mismo para control.
4.- El federado lesionado debe acudir al Centro Médico concertado aportando el "Parte de Comunicación de Accidentes" debidamente cumplimentado. (Es imprescindible para recibir asistencia que en el parte conste el número de expediente).
5.- Únicamente en los casos URGENCIA VITAL el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. La Compañía se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia de URGENCIA VITAL prestada en las primeras 24 horas desde la fecha de ocurrencia del accidente.

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO

- 1- Fotocopia del DNI
2- Fotocopia de Licencia Federativa
3- Informe médico de primera asistencia

Los abajo firmantes, declaran ser ciertas las manifestaciones y datos recogidos en este documento

Firma del Lesionado

Signature box for the injured person

Firma y Sello de la Federación / Club

Signature and stamp box for the Federation/Club

Todos los datos personales que nos faciliten a través del presente documento, serán incorporados a un fichero cuyo responsable es MUTUASPORT, Mutua de Seguros Deportivos a Prima Fija, siendo imprescindibles para el estudio de las consecuencias del siniestro, así como para el cumplimiento de las obligaciones legales que pudieran derivarse para esta entidad o terceras partes.