

## PARTE DE ACCIDENTES

TOMADOR	FEDERACIÓN CANARIA DE BALONCESTO
NÚMERO DE PÓLIZA	410.09727

### DATOS DEL LESIONADO

APELLIDOS:	
NOMBRE:	TFNO:
D.N.I. / N.I.F.:	FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../.....
DOMICILIO:	CP:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:

### CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D./Dña. _____, con NIF/DNI nº _____ en nombre y representación del Club abajo referenciado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:	
CLUB:	CÓD. CLUB:
LUGAR DE OCURRENCIA:	FECHA DE OCURRENCIA: ...../...../.....
TIPO DE EVENTO competición/ entrenamiento/ otros (detallar):	
FORMA DE OCURRENCIA:	
LESIONES PRODUCIDAS:	CENTRO SANITARIO:
Firma del lesionado:	Firma y sello del representante de la entidad:

### ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE:

- SALVO EN LOS CASOS DE URGENCIA VITAL, MUTUA TINERFEÑA CUBRIRÁ LAS PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA EXCLUSIVAMENTE EN CENTROS CONCERTADOS.

- La Federación, Club o Entidad Deportiva cumplimentará en su totalidad este impreso, además:

#### A) - Siniestros ocurridos en Canarias:

- 1.- El Asegurado se deberá trasladar al CENTRO CONCERTADO más cercano al lugar del accidente deportivo para ser atendido, donde hará entrega:
  - a) Parte de Accidentes debidamente cumplimentado.
  - b) Copia de la ficha federativa y su DNI.
- 2.- Posteriormente, hará llegar vía fax al 922 604 810 o vía e-mail a [siniestros.corporales@mutuafce.com](mailto:siniestros.corporales@mutuafce.com):
  - a) Parte de Accidentes debidamente cumplimentado.
  - b) Copia de la ficha federativa y su DNI.

#### B) - Siniestros ocurridos en la Península / Islas Baleares / fuera del Territorio Nacional:

- 1.- Se comunicará el siniestro llamando al teléfono: 902 906 461. Se le indicará al Asegurado:
  - a) El CENTRO CONCERTADO al que deberá acudir, que será el más próximo al lugar de ocurrencia del siniestro.
  - b) La referencia del siniestro.
- 2.- El Asegurado se deberá trasladar al centro que se le haya indicado. En el centro deberá facilitar exclusivamente sus datos personales.
- 3.- Posteriormente, hará llegar vía e-mail, a la dirección: [mutuatinerfena@aragvs.es](mailto:mutuatinerfena@aragvs.es):
  - a) El Parte de Accidentes debidamente cumplimentado.
  - b) Copia de la ficha federativa y su DNI.

Quedan cubiertos por esta 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 NIF/DNI.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y, mediante la firma del presente documento, el Titular o su representante legal, en caso de ser menor de edad, otorga su consentimiento expreso para la cesión de sus datos personales y/o los de su representante legal, incluidos los de salud, necesarios para la contratación del seguro y, en particular, para la tramitación de siniestros, y que estos sean incluidos en los ficheros automatizados Mutua Tinerfeña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija. De igual forma, para la tramitación de siniestros, autoriza expresamente a MUTUA TINERFEÑA para recabar los antecedentes u otros datos de salud que fuesen precisos para la correcta evaluación de las lesiones o su remisión a otros médicos o especialistas tratantes, con el fin último de alcanzar la sanidad.