

En daños Propios: **FEDERADO**

**ASEGURADO / LESIONADO**

|                              |                     |            |
|------------------------------|---------------------|------------|
| D.:                          |                     |            |
| Domicilio: .....             |                     |            |
| Población: .....             | C.P. ....           |            |
| Profesión: .....             | Teléf.: .....       |            |
| Edad: .....                  | Estado Civil: ..... | DNI: ..... |
| Correo electrónico .....     |                     |            |
| Club Deportivo: .....        |                     |            |
| Domicilio: .....             | Teléf.: .....       |            |
| Población y Provincia: ..... |                     |            |

Fecha del Siniestro: ..... Lugar: .....

Actividad realizada: ..... Municipio: .....

..... Provincia: .....

**Detallar el Siniestro:** .....

.....

.....

.....

.....

**Daños corporales o lesiones SUFRIDAS:** .....

.....

**¿Qué autoridad intervino? (Guardia Civil, Policía, etc..)** .....

**Juzgado que interviene:** .....

**TESTIGOS DEL SINIESTRO: (domicilio, teléfono, etc)**

1º .....

2º .....

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>DOCUMENTOS QUE HAY QUE ADJUNTAR, DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO:</b> |
| 1 Fotocopia del DNI                                               |
| 2 Fotocopia de la licencia Federativa                             |
| 3 Informe médico de primera asistencia.                           |

**El Asegurado declara que no dispone de ninguna otra póliza de seguros (con otra compañía), en caso contrario, indicar cuál y el número de la misma.**

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

(Imprescindible) En ..... a ..... de ..... de 20

**Firma Asegurado:**

**Firma Federación**

El asegurado/ lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza el tratamiento de los datos personales facilitados voluntariamente suministrados 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.

#### **NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE.**

- Quedan cubiertos por esta póliza los accidentes sufridos por los deportistas federados durante la práctica deportiva conforme a lo establecido en el RD 849/1993 de 4 de junio. Para ello se habrá de presentar la licencia y el DNI.
- En caso de accidente, el federado contactará con el teléfono de asistencia 24 horas (91/737.13.48), desde donde será derivado a centro médico concertado. Posteriormente, deberá enviar la declaración de accidentes, debidamente cumplimentada y firmada, junto con el resto de la documentación preceptiva, en el plazo máximo legal estipulado (7 días), conforme al art. 16 de la Ley de Contrato de Seguros, al mail de la aseguradora: [declaracionparte@mutuasport.com](mailto:declaracionparte@mutuasport.com).
- Una vez recibida la antedicha documentación y previa conformidad de la aseguradora, desde el servicio médico se gestionará el seguimiento de las lesiones del federado.