

## FEDERACIONES DEPORTIVAS

## SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DEPORTIVO

Nº de Expediente:

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 ESTAN CUBIERTAS LESIONES O DOLENCIAS DE CUALQUIER TIPO QUE NO HAYAN SIDO PROVOCADAS POR UN ACCIDENTE DEPORTIVO

N.º de póliza: 000/267

Tomador Póliza: FEDERACIÓN AERONÁUTICA GALEGA Federación asegurada: FEDERACIÓN AERONÁUTICA GALEGA

## DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Nº DE LICENCIA DE FEDERADO: \_\_\_\_\_ MAIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ POBLACIÓN: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

## CERTIFICACION DEL ACCIDENTE

D. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ del Club \_\_\_\_\_ con el cargo \_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_ certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

Fecha de accidente \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_

Tipo de evento: Competición Entrenamiento organizado Otros (detallar): \_\_\_\_\_

Descripción detallada del accidente:

Daños sufridos / Lesión: \_\_\_\_\_

¿Ha acudido a urgencias? SI NO Nombre y teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

¿Requirió la intervención de algún equipo de Salvamento y Socorrismo, Cruz Roja o ambulancia? SI NO

Se le informa al perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito, que los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos, serán utilizados para:

- El cumplimiento del propio contrato de seguro, que confiere el interés legítimo para el tratamiento de los datos
- La valoración de los daños ocasionados en su persona
- La cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponda
- El pago, en su caso, del importe de la referida indemnización.

Aviso legal: En cumplimiento de lo dispuesto por la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos de carácter personal que nos proporcione serán incorporados a un fichero, responsabilidad de Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, para la gestión de las solicitudes planteadas. Asimismo, le informamos de que usted podrá ejercitar en todo momento sus derechos, enviando una carta, a la siguiente dirección: Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, [Calle Villanueva nº 14. 4º. 28001. Madrid](http://Calle Villanueva nº 14. 4º. 28001. Madrid) o a [dpo@nuevamutuasanitaria.es](mailto:dpo@nuevamutuasanitaria.es)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del deportista

(En caso de menores de edad, firmarán los padres o tutores legales.)

Firma Presidente del Club  
(Obligatorio)

Firma Presidente Federación  
(Obligatorio)

Tomador de la Póliza  
(Obligatorio)

## NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de Accidente Deportivo que precise asistencia sanitaria de urgencia (**las que se soliciten dentro de las 48 horas siguientes al accidente**) deberá de ponerse en contacto con Nueva Mutua Sanitaria en el teléfono **24 h/365 – 900 90 97 66** donde se le indicará a que centro deberá de asistir para recibir la asistencia solicitada. Se le proporcionará una autorización que deberá de presentar en el centro junto con su DNI en vigor. Si no se trata de una asistencia de urgencia (entendiendo por tales las que se soliciten dentro de las 48 horas siguientes al accidente) **no** podrá dirigirse directamente al Centro Concertado, sino que deberá comunicar con Nueva Mutua Sanitaria donde le informarán de los trámites a seguir en el siguiente teléfono:

- 900 909 659 en horario de 8 hrs a 20 hrs de lunes a viernes.
- A su vez puede declarar el siniestro enviando el parte a [accidentesdeportivos@nuevamutuasanitaria.es](mailto:accidentesdeportivos@nuevamutuasanitaria.es)