ACCIDENTES | NUEVAMUTUA SANITARIA

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:
Federación:

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE:_____ **APELLIDOS:**_____ **DNI:**_____
Nº DE LICENCIA DE FEDERADO: _____ **MAIL:**_____
DOMICILIO:_____ **C.P.:**_____ **POBLACIÓN:**_____
PROVINCIA:_____ **TELÉFONO:**_____ **FECHA NACIMIENTO:** _____

CERTIFICACION DEL ACCIDENTE (Cumplimentar por el federado)

D._____ con DNI_____, del Club _____ con el cargo _____ y teléfono_____ certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:
Fecha del 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 o a dpo@nuevamutuasanitaria.es

En_____,a_____de_____de _____

Firma del accidentado	Firma del padre/madre o tutor	Firma y Sello del Club / Federación (Obligatorio)
para federados mayores de 18 años	para federados menores de 18 años	

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 debería 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