



**ATLÉTICO**  
GUADALAJARA



## **SEGURO DEPORTIVO (2020-2021)**

Los pasos a seguir en caso de lesión son los siguientes:

1. Llamar al teléfono **918365365**
2. En dicho teléfono os pedirán el número de póliza **0552080195550** o el CIF del equipo (**G-19301662**) para poder abrir el expediente.
3. Explicar a la persona que te atiende al teléfono lo sucedido y apuntar el número de expediente.
4. Con ese número de expediente rellenar el parte que adjuntamos y acudir a la clínica indicada (**Clínica La Antigua** salvo que telefónicamente os digan otra diferente)
5. Avisar al club de la lesión del jugador/a.

**IMPORTANTE:** Si algún jugador/a, en caso de lesión, no sigue este procedimiento, el club no se hace responsable de los gastos generados por la asistencia médica.

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES**

Nº DE PÓLIZA: 0552080195550

Nº DE EXPEDIENTE:

**DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
PROFESIÓN : \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_  
POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ACCIDENTE**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ LUGAR DE OCURRENCIA: \_\_\_\_\_  
FORMA DE OCURRENCIA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
LESIÓN SUFRIDA: \_\_\_\_\_  
¿HA ACUDIDO A ALGÚN CENTRO MÉDICO?: \_\_\_\_\_ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_  
¿HA SIDO ACCIDENTE DE TRABAJO?: \_\_\_\_\_ ¿TIENE PÓLIZA DE ACCIDENTES CON OTRA CÍA? \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_  
¿HA INTERVENIDO ALGUNA AUTORIDAD?: \_\_\_\_\_ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES O COMENTARIOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS**

**Responsable:** MAPFRE VIDA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA  
**Finalidades:** Gestión del siniestro y contrato de seguro, prevención del fraude gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE.  
**Legitimación:** Ejecución del Contrato  
**Destinatarios:** Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional  
**Derechos:** Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.  
**Información Adicional:** Puede consultar la Información Adicional de Protección de Datos incluida en:  
<http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPECLIPARTO2301ESES02>

Mediante su firma acepta el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones indicados. En caso de facilitar datos de personas diferentes de usted, deberá informarles de los mismos. Si proporciona datos de menores de dieciséis años, deberá haber informado de dichos términos a los tutores legales del menor.

El asegurado declara el contenido cierto de lo arriba manifestado y firma la presente en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.:

