



# TRAMITACIÓN DEL ACCIDENTE DEPORTIVO

- 1. LLAMAR AL TELÉFONO 96 382 18 60 (laborales y festivos al 902 136 524 ó 915 811 828) Y DAR EL NÚMERO DE PÓLIZA 055-6080039028.**
- 2. RELATAR LO OCURRIDO. LE FACILITARÁN UN NÚMERO DE REFERENCIA.**
- 3. RELLENAR Y FIRMAR UN PARTE DE ACCIDENTE (anexo I), PONER EL NÚMERO DE REFERENCIA Y, JUNTO CON LA LICENCIA ACUDIR A UN HOSPITAL CONCERTADO DEL LISTADO ADJUNTO.**

FEDERACIÓN HÍPICA COMUNIDAD VALENCIANA

Profesor Beltrán Báguena 4, 46009 Valencia

Tel. 96 392 56 95 – [www.federacionhipicacomunidadvalenciana.com](http://www.federacionhipicacomunidadvalenciana.com)

Provincia	Localidad	CENTRO MEDICO	Dirección	Teléfono
ALICANTE	ALICANTE	CLINICA UME	PZ CALVO SOTELO, 1	965218484
ALICANTE	ALICANTE	CENTRO MEDICO MAPFRE SALUD ALICANTE	CL EUSEBIO SEMPERE, 11	965224722
ALICANTE	ALICANTE	VITHAS HOSPITAL INTERNACIONAL	AV DENIA, 78	965162200
ALICANTE	ALICANTE	VITHAS HOSPITAL PERPETUO SOCORRO	PZ DR. GOMEZ ULLA, 15	965201100
ALICANTE	ALICANTE	TRAUMASPORT	AV GRAN VIA SIDI IFNI, 17	965269109
ALICANTE	ALICANTE	CLINICA VISTAHERMOSA	AV DENIA, 103	965264200
ALICANTE	ALMORADI	CLINICA CEADE ALMORADI	CL NTRA. SRA. DE MONTSERRAT, 36	966781711
ALICANTE	TORREVIEJA	HOSPITAL QUIRONSALUD TORREVIEJA	CL PARTIDA DE LA LOMA, 24	966921313
ALICANTE	ELCHE	HOSPITAL IMED ELCHE	CL MAX PLANCK,	965503030
ALICANTE	ORIHUELA	POLICLINICA LA VEGA	CL OBISPO ROCAMORA, 12	966342646
		CTRO.MEDICO SALUS BALEARES S.L.(CLINICA		
ALICANTE	BENIDORM	BENIDORM)	AV ALFONSO PUCHADES, 8	965853850
ALICANTE	BENIDORM	HOSPIMAR 2000 S.L.(HOSPITAL IMED LEVANTE)	CL DR.SANTIAGO RAMON Y CAJAL, 7	966878787
ALICANTE	DENIA	CENTRO CLINICO DENIA	CL BENIARMUT, 1	966420079
ALICANTE	PEGO	CENTRE MEDIC LA PAU	CL SAN RAFAEL, 67	966402132
CASTELLON	CASTELLON D LA PLANA	HOSPITAL NISA REY DON JAIME SLU	CL STA. MARIA ROSA MOLAS, 25	964726000
MURCIA	CARTAGENA	PRACTISER	CL JUAN FERNANDEZ, 53	968330033
MURCIA	CARTAGENA	HOSPITAL PERPETUO SOCORRO	CL SEBASTIAN FERIGAN, 12	968510500
MURCIA	FUENTE ALAMO	CLINICA FUENTE ALAMO	CL LORCA, 30	968596086
MURCIA	CARAVACA DE LA CRUZ	CLINICA DR. BERNAL	CL DR. ROBLES, S/N, 0	968705541
MURCIA	MOLINA DE SEGURA	TERAPIAS MEDICAS DOMICILIARIAS S.L.	CL ASOCIACION, 0	968644030
MURCIA	YECLA	ZAFRILLA SERVICIOS MEDICOS SANITARIOS	CL PARQUE DE LA CONSTITUCION, 5	968790891
MURCIA	YECLA	ALTIPLANO SALUD, S.L.	CL FABRICAS, 3	968794425
MURCIA	JUMILLA	ALTIPLANO SALUD, S.L.	PZ ALCOHOLERA TOMAS MENOR, 3	968757564
MURCIA	ABARAN	CLINICA SAN DAMIAN	AV CONSTITUCION, 3	968450720
MURCIA	SAN JAVIER	CENTRO MEDICO VIRGEN DE LA CARIDAD SAN JAVIER	AV BALSICAS, 23	868064868
MURCIA	SAN PEDRO DEL PINATA	CENTRO MEDICO VIRGEN DE LA CARIDAD PINATAR	AV DE LAS SALINAS, 11	968181815
MURCIA	LORCA	CLINICA DE MEDICINA DEL DEPORTE (CLIMEDE)	CL SAINT FONS, 1	968444929
MURCIA	LORCA	CENTRO MEDICO VIRGEN DEL ALCAZAR, S.A.	CL ALAMEDA DE LOS TRISTES,S/N, 0	968468600
MURCIA	ALCANTARILLA	CLINICA MEDICO QUIRURGICA SAN JOSE	CL MAESTRA LOLA MESEGUER, 0	968800600
VALENCIA	VALENCIA	CENTRO MEDICO MAPFRE SALUD VALENCIA	PZ LEGION ESPAÑOLA, 13	962565760
VALENCIA	VALENCIA	HOSPITAL QUIRONSALUD VALENCIA	AV BLASCO IBAÑEZ, 14	963690600
VALENCIA	VALENCIA	CLINICA CASA DE LA SALUD	CL DR. MANUEL CANDELA, 41	963897700
VALENCIA	MONCADA	CLINICA LABORAL MONCADA	CL LA CLOSA, 27	961394628
VALENCIA	SAGUNTO	CLINICA MORVEDRE	CL TALLERES, 17	960656642
VALENCIA	ALZIRA	TECMA SALUD, S.L.	AV DRET DE REUNIO, 6	962455892
VALENCIA	GANDIA	CENTRO MEDICO LA SAFOR	CL DAIMUZ, 26	966435322
VALENCIA	CARCAIXENT	HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS	CT ALZIRA - TABERNES KM.11,	962588800
VALENCIA	BURJASSOT	HOSPITAL IMED	AV DE LA ILUSTRACIÓN 1	963003000



**MAPFRE** | VIDA

**TELEFONO**  
**QA 58 11 828**

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES**

<b>TOMADOR</b>	FEDERACION HIPICA COMUNIDAD VALENCIANA
<b>Nº DE POLIZA</b>	055-6080039028
<b>Nº DE EXPEDIENTE(1)</b>	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la federación al tel. 902 136 524

**DATOS DEL LESIONADO**

**NOMBRE Y APELLIDOS** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO** \_\_\_\_\_ **LOCALIDAD** \_\_\_\_\_  
**PROVINCIA** \_\_\_\_\_ **C.P.** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_  
**Nº LICENCIA** \_\_\_\_\_

**CERTIFICACION DEL ACCIDENTE**

D./Dña \_\_\_\_\_, Con D.N.I. nº \_\_\_\_\_  
en nombre y representación del Club abajo referenciado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

**LUGAR DE OCURRENCIA:** CLUB \_\_\_\_\_ **CODIGO DE CLUB** \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE OCURRENCIA** \_\_\_\_\_  
**FORMA DE OCURRENCIA** \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN SANITARIA EN**

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente 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 corresponde.
- El pago del importe de la referida indemnización.

Además, acepta que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente, a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguro, y que sus datos, incluidos los de salud, pueden ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones e personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, resolver las dudas, resolviendo, en todo caso, la litigación derivada sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que se le sea comunicada cada primera ocasión que se efectúa a los referidos centros/servicios.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades diferentes para las que han sido autorizados. El fichero creado está ubicado en: Camarera de Prusello, s/n. 28222 Masagrosalva Madrid, bajo la supervisión de la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).

**SOBRE LA VIDA HUMANA**, quien asegura la veracidad de las medidas de seguridad de todos los datos suministrados y de la conformidad con la legislación aplicable y el consentimiento, mediante comunicación escrita.

\_\_\_\_\_  
 Representante de la Entidad




Firma del Lesionado

**NORMAS DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTES**

- Quedan cubiertos por ésta póliza los accidentes sufridos por los deportistas conforme a lo establecido en el R.D. 849/1993, de 4 de Junio. Para ello se habrá de presentar la licencia y el D.N.I.
- La Federación, Club o Entidad Deportiva cumplimentará en su totalidad éste impreso y comunicará el accidente a MAPFRE a través del teléfono 902 136 524, donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso por fax a MAPFRE al número 91-700 30 73.
- Una vez facilitado el número de expediente, el lesionado acudirán al Centro Médico concertado por MAPFRE más cercano al lugar del accidente para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.

prácticas deportiva