

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES DE
SEGURO DEPORTIVO**

TOMADOR	Federación Aragonesa de Triatlón
Nº DE POLIZA	
Nº DE EXPEDIENTE (1)	

(1) Referencia facilitada por la Compañía / Corredor a la comunicación del accidente por F.A.TRI

Datos del Lesionado

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____ EDAD: ____.

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____.

PROVINCIA: _____ C.P.: _____ TELEFONO: _____.

Nº LICENCIA: _____ CORREO-E: _____.

Datos del Lesionado

D. _____, con DNI: _____, en nombre y representación de la F.A.TRI., arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____

FECHA DE OCURRENCIA: _____

FORMA DE OCURRENCIA: _____

ATENCIÓN SANITARIA EN: _____

Firma del Lesionado

Firma y Sello del Representante

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

- Quedan cubiertos por esta póliza los accidentes sufridos por los asegurados durante el desempeño de sus actividades como federados de F.A.TRI.
- F.A.TRI o su Representante cumplimentara en su totalidad este impreso y comunicara el accidente a MAPFRE a través del teléfono 902 136 524, donde le facilitaran el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso por fax a MAPFRE al número 917 003 073.
- Una vez facilitado el número de expediente, el lesionado acudirá al Centro Médico concertado por MAPFRE más cercano al lugar del accidente par ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.