



PARTE DE ACCIDENTE

**FEDERACIÓN HÍPICA
DE LA REGIÓN DE MURCIA**
B1819A230236/237

En caso de accidente que necesite asistencia sanitaria:

1. Llama siempre al teléfono **911 599 590** y acude al centro médico que te indiquen y nunca a la Seguridad Social (excepto urgencia vital).
2. Rellena el siguiente parte de accidente y envíasele al responsable de tu federación para que lo sellen cuanto antes y poder recibir la asistencia médica que precises (no puede exceder de 7 días desde la fecha de ocurrencia o te rechazarán la atención médica).
3. No acudas a un hospital concertado sin haber recibido autorización por parte de la compañía, pues los gastos correrán de tu cuenta.
4. Después, envía este parte sellado junto con el informe médico de la primera asistencia (en caso de que la hayas precisado) a asistencia@digglo.es.
5. A partir de este momento puedes solicitar por cualquiera de las vías, telefónica o mail, los tratamientos prescritos por el médico tratante.

Datos del deportista

| |
|--|
| APELLIDOS Y NOMBRE: |
| DNI / PASAPORTE: |
| CÓDIGO POSTAL, POBLACIÓN y PROVINCIA: (no es necesario indicar domicilio) |
| TELÉFONO CONTACTO: |
| CORREO ELECTRÓNICO: |
| CLUB DEPORTIVO al que pertenece: |

Información sobre el accidente

| |
|---|
| LUGAR DE OCURRENCIA: |
| FECHA Y HORA DE ACCIDENTE: |
| TESTIGOS (Nombres de los testigos): |
| MECANISMO DE PRODUCCIÓN: (Detalle claramente cómo se ha producido el accidente) |
| DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES (Indique daños sufridos): |
| ¿Ha tenido anteriormente alguna lesión en las zonas anatómicas indicadas en párrafo anterior? Si es así, detalle la lesión o lesiones, tratamiento recibido y año de ocurrencia: |

Firma del asegurado:

Sello FEDERACIÓN: