



**CAMPEONATO DE ESPAÑA DE CAMPO A TRAVÉS
CADETE Y JUVENIL MASCULINO Y FEMENINO 2017**

DON BENITO-EXTREMADURA 25-26 MARZO

<u>PARTICIPANTES</u>		<u>Chicos</u>	<u>Chicas</u>	<u>TOTAL</u>
Deportistas	12	12	24	
Técnicos	3	1	28	
Chofer	1		29	
Jefe Expedición: Carlos Ruiz Caldera	1		30	639736092

650 KM

VIAJE DE IDA.-

Sábado 25 marzo

LOGROÑO – DON BENITO

)	Logroño	08.30	Palacio de los Deportes
)	DON BENITO Paraje Doña Blanca	16.00 a 20.00 horas	Acreditación
)	Villanueva de la Serena. Alojamientos Aljardin		Lugar de alojamiento

La totalidad de la expedición dispondrá de picnic con comida; el Conductor y el Jefe de Expedición decidirán el lugar más idóneo para hacer la parada técnica y aprovechar para comer.

VIAJE DE VUELTA.-

Domingo 26 marzo

DON BENITO -- LOGROÑO

)	Terminada la competición iniciamos el recorrido inverso con destino Logroño (Palacio de los Deportes)
---	---

CIRCUITO

Circuito Doña Blanca, Don Benito (BADAJOZ)

ACREDITACIÓN

El Delegado de la federación llevará a cabo el proceso de acreditación en la secretaria dentro del propio circuito.

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA

- DNI O PASAPORTE INDIVIDUAL ORIGINALES para los participantes españoles.
- TARJETA DE RESIDENCIA O PASAPORTE INDIVIDUAL ORIGINALES para los participantes extranjeros.
- Inscripción en la aplicación de la Federación Española de Atletismo.

EMPRESA DE TRANSPORTE

LA RIOJA EN RUTA lariojaenruta@lariojaenruta.com chofer:

MATERIAL DEPORTIVO OFICIAL

Los componentes de la expedición deberán portar la indumentaria oficial de representación en el campeonato.

SEGURO MULTIRRIESGO

Seguro de Accidentes y de Asistencia en viaje (enfermedad...) para la Expedición Riojana contratado por la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia, por medio de su DGD e IRJ con la compañía MAPFRE, con los nº de pólizas siguientes:

- Accidentes deportivos nº de póliza 055-178000008
- Asistencia en viaje nº de póliza 651/477

En función del tipo de lesión cumplimentaremos un parte u otro.

La organización dispondrá de servicio médico en el circuito de referencia. Para cualquier tipo de urgencia llamar al teléfono 902-136524 que aparece en los partes de accidente y asistencia en viaje, para que la compañía aseguradora, en función de la lesión nos derive a un Hospital u otro.

TOMADOR	Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia
Nº DE POLIZA	651/477 asistencia en viaje campeonatos
Nº DE EXPEDIENTE (1)	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte del tomador al tel. **902-136524**

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	EDAD
---------------------------	------------	-------------

DOMICILIO	LOCALIDAD
------------------	------------------

PROVINCIA	C.P.	TELÉFONO
------------------	-------------	-----------------

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D.	, Con D.N.I. nº	, en nombre y
----	-----------------	---------------

representación del tomador de la póliza, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA:	
-----------------------------	--

DOMICILIO	TELÉFONO
------------------	-----------------

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 corresponda. El pago del importe de la referida indemnización. Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez extinguida la relación contractual. Asimismo, 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, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o 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, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero creado está ubicado en Ctra. Pozuelo nº 50, 28220 – Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

Firma del lesionado,

Firma y Sello del Responsable de la Entidad,

TOMADOR	Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia
Nº DE POLIZA	055-178000008 accidentes campeonatos
Nº DE EXPEDIENTE (1)	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte del tomador al tel. **902-136524**

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	EDAD
---------------------------	------------	-------------

DOMICILIO	LOCALIDAD
------------------	------------------

PROVINCIA	C.P.	TELÉFONO
------------------	-------------	-----------------

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D.	, Con D.N.I. nº	, en nombre y
----	-----------------	---------------

representación del tomador de la póliza, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA:	
-----------------------------	--

DOMICILIO	TELÉFONO
------------------	-----------------

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 corresponda. El pago del importe de la referida indemnización. Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez extinguida la relación contractual. Asimismo, 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, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o 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, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero creado está ubicado en Ctra. Pozuelo nº 50, 28220 – Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

Firma del lesionado,

Firma y Sello del Responsable de la Entidad,