

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES

### OBJETO DEL SEGURO

Dar cobertura a las lesiones corporales accidentales sufridas por los asegurados en la práctica Deportiva, en los términos previstos en el R.D.849/1993 de 4 de junio

Las asistencias médicas cubiertas por la póliza se realizarán en centros médicos o por facultativos concertados con la compañía aseguradora.

Solo en caso de urgencia vital se podrá asistir directamente al centro sanitario más próximo y siempre de acuerdo con los términos especificados en el apartado “**URGENCIA CLINICA VITAL**” de este protocolo.

### 1.- COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE:

1.1 El accidente deberá ser comunicado en un período máximo de 7 días a la plataforma de Aon Federaciones Deportivas de la siguiente manera:

- Enviar el parte de accidentes debidamente cumplimentado, junto con los informes y prescripciones médicas si hubiesen a:  
[siniestros.federaciones@aon.es](mailto:siniestros.federaciones@aon.es)
- Si el parte es sellado solo por el club, será necesario adjuntar copia de licencia ( si está sellado por la federación la copia de licencia no será necesaria )
- Es importante que los datos de contacto sean correctos, a poder ser nº de móvil del lesionado y/o padres/tutores, así como mail de contacto de los interesados.
- Se le enviará, tras comprobar toda la documentación necesaria, al mail indicado en el parte, el nº de expediente y siguientes pasos a realizar.
- **La plataforma de asistencia de Allianz se pondrá en contacto con el federado para comunicar si el siniestro es objeto de cobertura, y en consecuencia remitirle las autorizaciones necesarias, así como los centros a los que podrá acudir.**
- Si el federado requiere de material ortopédico curativo prescrito por un médico tras accidente deportivo **DEBERÁ SOLICITARLO CON ANTELACIÓN** llamando al **902 108 509**, se le proporcionará al federado el material necesario en lugar de entrega conveniente para el federado, siempre y cuando sea objeto de cobertura.
- Para solicitar seguimiento posterior de tratamiento o pruebas complementarias será el mismo Centro Médico quien lo solicite a la compañía ( [allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es](mailto:allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es) ) y ésta enviará la autorización correspondiente al centro médico solicitante.

- **OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA:**

- Es importante explicar detenidamente lo sucedido en el parte de accidentes.
- Es obligatorio que el parte esté sellado y firmado por el federado y club, así como adjuntar copia de la licencia (Si el parte está sellado por la federación no será necesario aportar la licencia).
- Si los datos de contacto no son correctos será imposible coordinar la asistencia.

Para cualquier duda o aclaración puede llamar a la plataforma de siniestros de Federaciones de AON:

Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 horas en el teléfono **91 489 12 68**

## **2.- URGENCIAS:**

2.1 Se entiende por urgencia como tal la atención sanitaria cuya demora pueda comportar un agravamiento de la lesión, dolor extremo, o necesidad de acudir inmediatamente en el momento posterior al accidente, siempre y cuando ésta asistencia sea Objeto del Seguro y dentro de las 24 horas posteriores al accidente.

2.2 En este caso el federado deberá llamar al teléfono de asistencia 24 horas, dónde coordinarán la asistencia a urgencias en el centro concertado:

**902 102 687 o 91 325 55 68**

**(Urgencias en MADRID, Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Cantabria y Andalucía)**

**902 108 509 o 91 334 32 93**

**(Urgencia en el resto del territorio español)**

## **3.- URGENCIA CLINICA VITAL:**

3.1 Sólo en caso de Urgencia Clínica Vital se podrá acudir directamente al centro sanitario más próximo. Una vez superada la asistencia de urgencias, el lesionado deberá ser trasladado a un centro médico concertado.

3.2 En caso de permanencia en un CENTRO MÉDICO NO CONCERTADO la Compañía no se hará cargo de los costes de la atención prestada.

**3.3 La Compañía no se hará cargo de los costes derivados de asistencias en centros no concertados o de la Seguridad Social excepto en los casos de urgencia vital. En el caso que se facturaran a la Compañía, ésta podría repercutirlos al asegurado.**

3.4 El federado deberá comunicar el primer día hábil su circunstancia a la plataforma de siniestros de Aon, tal y como se indica en el punto 1 de este protocolo para la apertura del expediente.

\* Le recordamos que:

- ➔ Será motivo de **cierre del expediente del Siniestro y por tanto no continuidad de tratamiento**, si durante la BAJA MEDICA DEPORTIVA el Federado realiza actividad deportiva, **careciendo de cobertura los accidentes posteriores que pudieran producirse sin estar de alta médica por un accidente anterior.**
- ➔ El accidente debe ser comunicado **en un periodo máximo de 7 días** desde que se produce el mismo.
- ➔ Cualquier asistencia, consulta médica, pruebas o rehabilitación, que no sea de **URGENCIAS**, **deberá ser autorizada previamente**, de lo contrario será el federado quien se haga cargo de los costes incurridos.

Les recordamos que la póliza de la Federación se rige según el Real Decreto 849/1993 por la cual se incluyen las lesiones derivadas de accidente deportivo, es decir, por **traumatismo puntual, violento, súbito y externo**, durante la práctica deportiva, **siempre que no sean debidos a lesiones crónicas y/o preexistentes; se excluyen también las enfermedades o patologías crónicas derivadas de la práctica habitual del deporte, por microtraumatismos repetidos, tales como tendinitis y bursitis crónica, artrosis o artritis, hernias discales, y en general cualquier patología degenerativa.**

**FEDERACIONES DEPORTIVAS**  
**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES DEPORTIVOS**

La póliza solamente cubre accidentes deportivos de acuerdo con lo establecido en el R.D. 849/93, de 4 de Junio y en las condiciones de la póliza.

**NO ESTAN CUBIERTAS LESIONES NI DOLENCIAS DE CUALQUIER TIPO QUE NO HAYAN SIDO PROVOCADAS POR UN ACCIDENTE DEPORTIVO**

N.º de póliza:	N.º de Licencia de Federado:
Federación:	

DATOS DEL LESIONADO	
NOMBRE: _____	APELLIDOS: _____
DOMICILIO: _____	C.P.: _____ MAIL: _____
POBLACIÓN: _____	
PROVINCIA: _____	D.N.I.: _____
TELÉFONO: _____	FECHA NACIMIENTO/EDAD: _____

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE
FECHA: ____/____/____ LUGAR (detallar): _____
TIPO DE EVENTO competición / entrenamiento / otros (detallar): _____
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: _____
_____
DAÑOS SUFRIDOS/LESION: _____
NOMBRE Y TELEFONO DE LAS PERSONAS QUE LE ACOMPAÑABAN: _____
¿Ha recibido Asistencia en el Evento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ha recibido asistencia de urgencia? SI <input type="checkbox"/> N.º de expediente aportado por call de urgencias _____
¿Necesita nueva asistencia médica? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo el asegurado declara conocer que no podrá practicar ninguna actividad deportiva hasta recibir el alta médica por sus lesiones.

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza expresamente 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, en su caso, del importe de la referida indemnización.

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 sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

**Ley Orgánica sobre Protección de datos de carácter personal**

Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros .S.A integrará los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su declaración de siniestro. El tomador del Seguro y los Asegurados facultan al Asegurador para que requiera o comunique a médicos y centros sanitarios los datos clínicos necesarios para prestarle el servicio garantizado de su póliza, así como a otros terceros cuya intervención es necesaria para la ejecución del contrato, comprometiéndose la Compañía a guardar la correcta confidencialidad de los mismos. El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter persona sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

El abajo firmante declara que los datos que figuran en la presente declaración son verdaderos

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del lesionado

Firma y Sello Club/Federación

( si la federación no sella se deberá aportar copia de la licencia )

**NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE**

**En caso de Accidente Deportivo que precise asistencia sanitaria de urgencia el federado o acompañante deberá ponerse En contacto con el [900 404 444](tel:900404444) desde donde se le coordinará la asistencia de urgencia en un centro concertado.**

**Si no se trata de una asistencia de urgencia no podrá dirigirse directamente al Centro Concertado, sino que deberá comunicar a AON el accidente para la apertura del expediente a través del siguiente mail: [siniestros.federaciones@aon.es](mailto:siniestros.federaciones@aon.es) , para cualquier aclaración duda puede ponerse en contacto en el 91 489 12 68.**

**Queda incluida la atención telefónica para siniestros ocurridos en el extranjero, facilitando los centros a los que debe acudir el asegurado y asumiendo los mismos hasta el límite de la póliza, sin necesidad de anticipo y pago por el asegurado. El número de atención telefónica para estos casos será el : 91 452 29 15 (24 horas)**

**EL CENTRO MEDICO CONCERTADO DE ALLIANZ NO ATENDERA NINGUNA ASISTENCIA MEDICA QUE NO SEA DE URGENCIA SI NO TIENE LA AUTORIZACION PREVIA POR ESCRITO DE LA COMPAÑIA.**