

PROTOCOLO

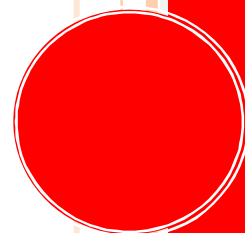
ACCIDENTES

Año 2023



Federación Española de Deportes de Inercia

01/01/2023



CONTENIDO

1. Federados	3
--------------------	---



1. Federados

La asistencia médica garantizada en la Póliza será prestada por el Centro Médico o facultativo concertado por MAPFRE VIDA.

Consulta de clínicas para atención urgente en: www.mapfre.es

Para acceder a ella es imprescindible seguir los siguientes pasos:

1. Cumplimentación del “Parte de Comunicación de Accidentes” que deberá ser firmado y **sellado** por la Federación, Club o Entidad Deportiva correspondiente.
2. Poner en conocimiento de MAPFRE el accidente, llamando al Centro de Atención 24 horas: **Teléfono 918 366 224 ó 918 365 365. El accidente debe ser comunicado inmediatamente después de su ocurrencia.**
 - En la comunicación telefónica debe facilitarse:
 - Número de póliza.
 - Nombre del Tomador.
 - Identificación del lesionado.
 - Hora y fecha de ocurrencia del accidente.
 - Breve relato sobre las circunstancias del accidente.
 - Descripción de las lesiones sufridas.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención **facilitará el número de expediente**, que deberá ser anotado en el encabezamiento del Parte. **El comunicante remitirá posteriormente el “Parte de Comunicación de Accidente” cumplimentado a MAPFRE: por fax al número 91 700 30 73. por correo electrónico dirigido a daper.mapgen@mapfre.com**

3. El federado lesionado debe acudir al **Centro Médico concertado** aportando el “Parte de Comunicación de Accidentes” debidamente cumplimentado. **Es imprescindible para recibir asistencia que en el parte conste el número de expediente.**
4. En los casos de **URGENCIA VITAL** el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. **MAPFRE se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia de urgencia prestada en las primeras 24 horas desde la fecha de ocurrencia del accidente.** Una vez superada la primera asistencia de urgencia, el lesionado deberá ser trasladado a un Centro Médico Concertado para continuar su tratamiento. **En caso de permanencia en centro médico NO CONCERTADO,**

MAPFRE VIDA NO ASUMIRA EL PAGO DE LAS FACTURAS DERIVADAS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, SALVO AUTORIZACION POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.

Asistencia Sanitaria en accidentes ocurridos durante DESPLAZAMIENTOS

Existe una relación de Centros Concertados a los que el federado lesionado puede acudir a recibir asistencia sanitaria en casos de desplazamientos. Se acompaña a estas Normas relación de Centros Médicos Concertados.

AUTORIZACIONES

Necesitarán autorización previa de la compañía las siguientes pruebas y tratamientos:

- Pruebas especiales de diagnóstico (TAC, RMN, Ecografías, Gammagrafías, Artroscopias. ...)
- Intervenciones Quirúrgicas.
- Rehabilitación.

En estos casos el médico o Centro Médico concertado solicitará a MAPFRE VIDA dicha autorización al fax nº 91 / 700 30 73 o por correo electrónico: daper.mapgen@mapfre.com A dicha autorización se ha de acompañar copia del informe médico detallado, facilitándose, también por fax, la correspondiente autorización o denegación de la prueba o tratamiento solicitado.

Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la autorización previa de la compañía correrá por cuenta del asegurado.

Tras obtener la oportuna autorización se remitirá a MAPFRE VIDA el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente.

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES



PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

TOMADOR	
Nº POLIZA	
Nº DE EXPEDIENTE (1)	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la federación al telf. **902-136524**.

DATOS DEL LESIONADO		
NOMBRE Y APELLIDOS _____	DNI/NIF _____	EDAD _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELEFONO _____
Nº LICENCIA _____		

CERTIFICACION DEL ACCIDENTE	
D./Dña _____, con DNI/NIF nº _____ en nombre y representación del Club abajo referenciado, certifica la ocurrencia del accidente datos se indican a continuación:	
LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB _____	CODIGO DEL CLUB _____
DOMICILIO _____	
FECHA DE OCURRENCIA _____	
FORMA DE OCURRENCIA _____	
ATENCIÓN SANITARIA EN	

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente escrito **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.

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.

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 la General Perón, 40 28020, Madrid, bajo la supervisión 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 representante de la Entidad

<p align="center">NORMAS DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE</p> <p>* Quedan cubiertos por ésta póliza los accidentes sufridos por los deportistas federados durante la práctica deportiva 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. o N.I.F.</p> <p>* La Federación, Club o Entidad Deportiva, cumplimentará en su totalidad éste impreso y comunicará el accidente a MAPFRE a través del teléfono 902-136524, donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso por fax a MAPFRE al número 91 700 30 73.</p> <p>* Una vez facilitado el número de expediente, el lesionado acudirá al Centro Médico concertado por MAPFRE más cercano al lugar del accidente para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.</p>

MODELO DESCARGABLE EN WWW.FEDEI.COM