



RAMO ACCIDENTES

Nº. POLIZA:

# **FEDERACIONES DEPORTIVAS**

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LOS ASEGURADOS EN  
CASO DE ACCIDENTE**



RAMO ACCIDENTES

Nº. POLIZA :

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE (SINIESTROS EN ESPAÑA)

La Asistencia médica garantizada en la póliza será prestada por los Centros Médicos o facultativo concertado por la Entidad Aseguradora.

En el proceso de comunicación se deberán cumplir **obligatoriamente**, en todo los casos, los siguientes pasos:

1. Se deberá **cumplimentar** el **Parte de Accidentes para Federaciones** (documento adjunto). Dicho parte deberá ser firmado y sellado por la Federación, Club o Entidad Deportiva correspondiente y firmado por el Asegurado afectado/lesionado

2. El accidente debe ser comunicado **inmediatamente** después de su ocurrencia a la compañía aseguradora, llamando al

**Centro de Atención 24 horas de MARKEL, teléfono 902 01 01 66.**

En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Datos personales del lesionado.
- Datos del Club, Colectivo o Entidad Deportiva
- Lugar, Fecha y forma de ocurrencia.
- Descripción de los daños físicos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención telefónica **facilitará el número de expediente, que deberá ser anotado en el encabezamiento del parte. El comunicante remitirá posteriormente el parte (y otra documentación que se solicite) en un plazo no superior a 48 horas por fax a la Entidad Aseguradora al número 902 875 230 o por e-mail a las siguientes direcciones:**

Dra. : Elizabeth Elliot : [eelliot@canalsalud24.com](mailto:eelliot@canalsalud24.com)  
[info@canalsalud24.com](mailto:info@canalsalud24.com)

3. El federado/lesionado deberá acudir al **Centro Médico concertado** que se le indique previamente, aportando el “Parte de Comunicación de accidentes” debidamente cumplimentado, incluyendo el **número de expediente** facilitado por el Centro de Atención telefónica (Imprescindible para recibir asistencia).

Cuando un Asegurado/lesionado se presente en uno de los Centros concertados para su atención (y facilitado por el Centro de Atención Telefónica deberá presentar el parte de Accidentes, DNI y licencia Federativa, en su caso.

4. En casos de **URGENCIA VITAL**, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. En estos casos MARKEL 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 deportivo garantizado en la póliza, conforme a lo establecido en el R.D. 849/1993, de 4 de Junio.

Una vez superada la primera asistencia de urgencia el lesionado deberá ser trasladado a Centro Médico Concertado para continuar su tratamiento.

**En caso de permanencia en centro médico NO CONCERTADO, MARKEL no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.**

## AUTORIZACIONES

Será necesario tener la autorización previa de la compañía para realizar las siguientes pruebas y tratamientos:

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

En estos casos el Asegurado/lesionado o el Médico o Centro Médico concertado solicitará a MARKEL dicha autorización al fax nº 902 875 230. Junto con la solicitud de autorización se ha de acompañar copia de informe médico detallado, facilitándose 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 **MARKEL** el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente.

La asistencia será a cargo de las clínicas concertadas presentes en el cuadro médico propuesto por MARKEL. **No serán cubiertas las asistencias médicas en centros de la Seguridad Social o no concertados** (excepto urgencias vitales).

**En caso de permanencia voluntaria en un centro médico NO CONCERTADO, MARKEL NO ASUMIRA EL PAGO DE LAS FACTURAS DERIVADAS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.**

**Los desplazamientos en ambulancia solamente quedan cubiertos para urgencias vitales, y el servicio debe ser prestado a través del cuadro médico, nunca a través de cualquier otro servicio.**

**El Centro de Atención de la Compañía Aseguradora llevará a cabo los oportunos seguimientos que cada caso requiera, para determinar las necesidades y gestiones a realizar.**

#### **COMUNICACIONES:**

Las comunicaciones entre el Colectivo/Federación/Asegurados y el Centro de Atención 24 horas de la compañía podrán quedar grabadas y registradas para el buen funcionamiento del servicio y cumpliendo siempre con la Ley de Protección de Datos.



## PARTE DE ACCIDENTES PARA FEDERACIONES DEPORTIVAS

|                    |  |
|--------------------|--|
| TOMADOR DEL SEGURO |  |
| Nº DE PÓLIZA       |  |
| Nº DE EXPEDIENTE   |  |

(\*) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte de la federación al teléfono del Centro de Asistencia: 902 01 01 66

### **DATOS DEL ACCIDENTADO**

|                       |  |          |  |
|-----------------------|--|----------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS    |  |          |  |
| DNI                   |  | EDAD     |  |
| DOMICILIO             |  |          |  |
| PROVINCIA Y LOCALIDAD |  | C. P.    |  |
| Nº DE LICENCIA        |  | TELEFONO |  |

### **CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**

|  |                     |
|--|---------------------|
| D. Dña. _____ DNI nº _____   |                     |
| CLUB : _____   |                     |
| En nombre y representación de la Federación Club o entidad Deportiva de la federación arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:  |                     |
| LUGAR DE OCURRENCIA: _____   |                     |
| DOMICILIO: _____   | TELÉFONO: _____     |
| FECHA DEL SINIESTRO: _____   |                     |
| FORMA DE OCURRENCIA: _____   |                     |
| _____  |                     |
| CENTRO SANITARIO: _____  |                     |
| <p>El perjudicado/accidentado 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 que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoración de los daños ocasionados en su persona, cuantificando en su caso la indemnización que le corresponda y 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 citadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectue a los referidos cesionarios.</p> <p>MARKEL Y CANAL SALUD 24 S.L. como entidad colaboradora asumen 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 trece de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad Canal Salud 24 S.L. a la dirección – Edificio las Rozas 23 - oficina 3 - Planta 1ª. Ctra. de la Coruña Km 23.200 28232 Las Rozas (MADRID) a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o por correo electrónico a la dirección <a href="mailto:protecciondedatos@canalsalud24.com">protecciondedatos@canalsalud24.com</a>.</p> |                     |
| Firma y Sello del representante de la Entidad  | Firma del Lesionado |