

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES AON - ALLIANZ

OBJETO DEL SEGURO

Cubrir las lesiones corporales accidentales sufridos por los asegurados con motivo de la práctica deportiva, en los términos previstos por el R.D 849/1993, de 4 junio.

Las Asistencias Médicas cubiertas por la póliza serán prestadas en centros médicos o por facultativos concertados por la entidad

Deberán cumplirse en todos los casos los siguientes pasos:

1. COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE:

- El accidente deberá ser comunicado en un plazo máximo de 7 días a la plataforma de siniestros de **AON Sports**, llamando en horario de:

↳ **Lunes a Viernes de 9.00 a 18.00 horas**

91 330 52 67

- Se procederá a la apertura del expediente correspondiente donde se le solicitará al federado:
 - ↳ Identificación (ficha federativa) y comprobación de cobertura.
 - ↳ Explicación del accidente
 - ↳ Se le remitirá al Federado parte de accidentes, si el mismo no lo tiene en ese momento el federado, para su cumplimentación y posterior devolución junto con informes médicos y prescripción médica si hubiese a:

siniestros.federaciones@eon.es

- Tras analizar el expediente por parte de la aseguradora se le dará respuesta al federado y autorización de asistencia si fuera objeto de cobertura.
- Para solicitar seguimiento posterior de tratamiento o pruebas complementarias será el propio Centro Médico quien lo solicite a la compañía y se le enviará la autorización al Centro Medico que lo solicite

Aon Sports

Rosario Pino , 14-16 | Planta 15 | 28020 Madrid | España

2. URGENCIAS

Se entiende como tal **la atención sanitaria cuya demora pueda acarrear agravamiento de la lesión, dolor extremo, o necesidad de acudir inmediatamente en el momento posterior al accidente**, siempre y cuando tal asistencia sea Objeto del Seguro y dentro de las primeras 24 horas desde que se produce el Accidente Deportivo.

En este caso el federado deberá llamar al teléfono de asistencias 24 horas donde le coordinarán la asistencia de urgencia en un centro concertado:

900 404 444 (URGENCIAS)

En caso de accidentes en el **extranjero** el número de asistencia es **914522915**

3. URGENCIA CLÍNICA VITAL

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

En caso de que permaneciera en **CENTRO MÉDICO NO CONCERTADO** la Compañía no se hará cargo de los costes por la atención prestada.

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

El federado deberá comunicar el primer día hábil su circunstancia a **la plataforma de de siniestros de AON** 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.**

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVOS FEDERACIONES DEPORTIVAS

www.allianz.esCuestionario: Sucursal: Mediador: Colaborador: N° Póliza: 046145186 Certificado: Fecha del Accidente **Tomador**Apellidos o Razón Social FEDERACIÓN MADRILEÑA DE ESGRIMA Nombre
Domicilio Ignacio Zuloaga, 14 DNI/CIF G-79201331
C. Postal 28522 Población Rivas Vaciamadrid Provincia Madrid**Lesionado**Apellidos Nombre
Fecha de nacimiento Profesión
Domicilio DNI/CIF
C. Postal Población Provincia
E-mail Web Teléfono Fax **Otros datos**¿Intervino la Autoridad? Diga cuál y de qué localidad
¿Tiene el Tomador o el Lesionado alguna otra Póliza de Seguro que garantice este accidente?
Cite las señas de las personas que fueron testigos **Certificación de Accidente expedida por el Club o la Federación**D. con DNI
en nombre y representación de Certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

- Fecha y lugar del accidente
- Descripción del accidente
- Actividad realizada en ese momento (entrenamiento, competición, ...)

**PARA LA PRESTACIÓN SANITARIA, CUANDO SE REALICE A TRAVES DE LA COBERTURA DE CUADRO MÉDICO
ALLIANZ, DEBERÁ CONTACTAR EN EL TELÉFONO:**• **900 404 444****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 en 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 personal 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 y sello de la Federación / Club Firma del Lesionado o su representante