

## **FEDERACIONES DEPORTIVAS**

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

-----

**RELACIÓN DE CENTROS MEDICOS  
CONCERTADOS**

-----

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE SINIESTROS**

## NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

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.com/salud](http://www.mapfre.com/salud): Cuadro médico/Accidentes Personales/Urgencia.Federaciones.

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 la compañía aseguradora el accidente, llamando al Centro de Atención 24 horas de MAPFRE, **teléfono 918 365 365**. **El accidente debe ser comunicado inmediatamente después de su ocurrencia.**

3.- En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Datos personales del lesionado
- Datos del Club o Entidad Deportiva en la que ocurre el siniestro.
- Fecha y forma de ocurrencia.
- Daños físicos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención **facilitará el número de expediente**, que deberá se anotado en el encabezamiento del Parte. **El comunicante remitirá posteriormente el parte por fax a MAPFRE al número 91 700 30 73 o por correo electrónico: [daper.mapgen@mapfre.com](mailto:daper.mapgen@mapfre.com)**

4.- 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)**

5.- En los casos de **URGENCIA VITAL** el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. **MAPFRE VIDA 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 Centro Médico Concertado para continuar su tratamiento.

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

## **ATENCIÓN 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 desplazamiento. 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 de 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

<b>TOMADOR</b>	FEDERACION DE KARATE CASTILLA LA MANCHA
<b>Nº DE POLIZA</b>	055-1580145501
<b>Nº DE EXPEDIENTE(1)</b>	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la feración al tel. 902 136 524

### DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE Y APELLIDOS _____	DNI _____	EDAD _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELEFONO _____
Nº LICENCIA _____		

### CERTIFICACION DEL ACCIDENTE

D./Dña \_\_\_\_\_, Con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, en nombre y representación del Club abajo referenciado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB _____	CODIGO DE CLUB _____
DOMICILIO _____	TELEFONO _____
FECHA DE OCURRENCIA _____	
FORMA DE OCURRENCIA _____	

#### ATENCION SANITARIA EN \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS

<b>Responsable</b>	MAPFRE VIDA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA
<b>Finalidades</b>	* Gestión del siniestro y contrato de seguro, prevención del fraude * Gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE
<b>Legitimación</b>	Ejecución del Contrato
<b>Destinatarios</b>	Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la información Adicional.
<b>Derechos</b>	Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.
<b>Información adicional</b>	Puede consultar información adicional de protección de datos en: <a href="http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPAPERCLIPART02301ESES02">http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPAPERCLIPART02301ESES02</a>

Mediante su firma acepta el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones indicados. En caso de facilitar datos de personas diferentes de usted, deberá informarles de los mismos. Si proporciona datos de menores de dieciséis años, deberá haber informado de dichos términos a los tutores legales del menor.

Firma del Lesionado

Firma y Sello del representante de la Entidad

### NORMAS DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE

- \* 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.
- \* La Federación, Club o Entidad Deportiva cumplimentará **en su totalidad** éste impreso y comunicará el accidente a MAPFRE a través del teléfono 91 581 14 00, donde **le facilitarán el número de expediente**, remitiendo posteriormente este impreso por fax a MAPFRE al número **91-700 30 73** o por correo electrónico: **daper.mapgen@mapfre.com**.
- \* **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.