

PROTOCOLO DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE DEPORTIVO
--

OBJETO DEL SEGURO

Se entiende por accidente deportivo, el sufrido por los asegurados con ocasión del ejercicio de la actividad deportiva objeto de la póliza, en el cual se produce una lesión para el deportista, sin patología ni alteración anatómica previa. Se incluyen exclusivamente los ocurridos durante la celebración de una competición o actividad deportiva, entrenamiento oficial, debidamente programada y organizada o dirigida por la Federación, club u organismo deportivo, excluyéndose por tanto la práctica privada de dicho deporte.

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:

- a. El accidente deberá ser comunicado en un **plazo máximo de 7 días** llamando al siguiente número de **teléfono 24 Horas** de Allianz:

900 404 444

- b. 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 indicará número de expediente y el federado deberá anotarlo en el parte de accidentes para su cumplimentación y posterior envío junto con los informes médicos y prescripción médica si hubiese a la siguiente dirección de mail:

Asistenciacolectivos.es@allianz.com (para prestaciones a realizar en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía)

Allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es (para prestaciones a realizar en el resto del territorio español)

- c. Tras analizar el expediente por parte de la aseguradora se le dará respuesta al federado y autorización de asistencia si fuera objeto de cobertura.

2. Asistencia de 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.

a) Urgencias en el País Vasco (Osakidetza)

Cualquier federado que precise ser atendido de urgencia deberá **acudir a un Hospital del Servicio Público de Salud (Osakidetza)**.

No es necesario llamar a la aseguradora para comunicar el accidente.

Las urgencias atendidas por los centros del Servicio Publico de Salud, **Osakidetza**, corren a cargo de este según **Ley 2/2023, de 30 de Marzo, de la Actividad Física y del Deporte del País Vasco, publicada el 18 de Abril de 2023** y, en ningún caso, podrán reclamar ni al federado ni a la aseguradora el coste de dichas asistencias.

b) Urgencias fuera del País Vasco (Centro Concertado)

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** anteriormente mencionado (**900 404 444**) donde le coordinarán la asistencia de urgencia en un centro concertado.

Solo en caso de **Urgencia Clínica Grave** podrá acudir directamente al centro sanitario más próximo. Una vez superada la primera asistencia de urgencias, el federado deberá comunicar el primer día hábil su circunstancia a **ALLIANZ** para la apertura del expediente y ser trasladado a un centro médico concertado.

En caso de que permaneciera en **CENTRO MÉDICO NO CONCERTADO O DE LA SEGURIDAD SOCIAL** la Compañía no se hará cargo de los costes por la atención prestada, salvo en los casos de urgencia vital.

En el caso de que se facturaran a la Compañía, ésta podría repercutirlos al asegurado.

Recibida la primera asistencia de urgencias, el federado deberá remitir a la aseguradora el parte de accidente así como los informes médicos derivadas de dicha urgencia a la siguiente dirección de mail:

Asistenciacolectivos.es@allianz.com (para prestaciones de urgencia prestadas en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía)

Allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es (para prestaciones de urgencia prestadas en el resto del territorio español)

3. Asistencia NO URGENTE

Se entiende como tal **la atención sanitaria** que deba prestarse ante accidentes que **no requieran una inmediatez** en su tratamiento.

En este caso el federado para poder recibir asistencia tendrá que realizar lo siguiente:

- a.** Llamar al **teléfono 24 horas de Allianz 900 404 444** para comunicar el accidente y ser derivado a centro médico concertado para poder recibir asistencia.
- b.** Enviar **parte de accidentes** a la aseguradora debidamente cumplimentado, fechado sellado y firmado.

Recibida la primera asistencia, si el federado necesita recibir más asistencias deberá **solicitar autorización** a la aseguradora a través del **teléfono 900 404 444** y remitirá a la aseguradora el parte de accidente así como los informes médicos derivadas de las asistencias recibidas a la siguiente dirección de mail:

Asistenciacolectivos.es@allianz.com (para prestaciones de urgencia prestadas en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía)

Allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es (para prestaciones de urgencia prestadas en el resto del territorio español)

4. 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 ALLIANZ dicha autorización **vía telefónica en el teléfono 900 404 444 o mediante correo electrónico**, indicando siempre el número de expediente.

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 ALLIANZ el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente.

*** Le recordamos que:**

- a) 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.**
- b) El accidente debe ser comunicado **en un periodo máximo de 7 días** desde que se produce el mismo.

- c) 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.
- d) 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 v externo, durante la práctica deportiva, siempre que no sean debidos a lesiones crónicas v/o preexistentes; se excluyen también las enfermedades o patologías crónicas derivadas de la práctica habitual del deporte, por micro traumatismos repetidos, tales como tendinitis y bursitis crónica. artrosis o artritis. hernias discales, ven general cualquier patología degenerativa.**

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

Tfno Gestor Sanitario 24 horas: 900 404 444

Nº EXPTE:

Nº de póliza: **54694833**

Nº de Licencia de Federado (si procede):

Federación/ Tomador: **FEDERACION VASCA DE DEPORTE ADAPTADO**

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
 DOMICILIO: _____
 C.P.: _____
 POBLACIÓN: _____ PROVINCIA: _____
 E-MAIL: _____
 NIF: _____ TELÉFONO: _____ FECHA NACIMIENTO: _____
 CLUB: _____

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

FECHA: ____/____/____ HORA: ____
 LUGAR o INSTALACIÓN DEPORTIVA
 (detallar): _____
 TIPO DE EVENTO competición / entrenamiento oficial
 (detallar): _____
 DESCRIPCIÓN y CAUSAS DEL ACCIDENTE _____

 DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN detallar) _____

 TESTIGOS DEL SINIESTRO (nombre, teléfono): _____

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

YO, DON/DOÑA _____, con DNI _____ en calidad de
 _____ del _____, CERTIFICO que el asegurado
 pertenece al colectivo asegurado y que los daños corporales sufridos por _____ con DNI
 _____ han tenido lugar durante el transcurso de _____ en la fecha _____ y en su
 presencia.

El firmante de esta declaración responde de la veracidad de la misma y es consciente de las consecuencias que puede constituir su falsedad.

El lesionado declara que no ha tenido ninguna lesión pasada en la región anatómica accidentada (en caso contrario indicar):

Firma del DECLARANTE y DNI

Firma del Lesionado

Vº Bº y sello **(Federación)**

En _____, a _____ de _____ de _____

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.

De conformidad con lo establecido en la Ley 15/99 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, quedo informado de la existencia de un fichero informático de titularidad de ALLIANZ, de la necesidad de suministrar los datos médicos requeridos para poder tramitar el siniestro objeto de la presente declaración y de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, prestando el consentimiento expreso al tratamiento automatizado de los datos, y muy especialmente de los datos de salud contenidos en la presente declaración de siniestro de accidentes.

Una vez atendido debe enviar el parte de accidentes así como los informes médicos en un plazo máximo de 72 horas al siguiente mail:

asistenciacolectivos.es@allianz.com (para prestaciones realizadas, o a realizar, en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía)

allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es (para prestaciones realizadas, o a realizar, en el resto del territorio español)

De no efectuarlo en dicho plazo quedarán fuera de cobertura.