

## **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 902 136 524**. **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 ARAGONESA DE BADMINTON
<b>Nº DE POLIZA</b>	055-1780204369
<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** \_\_\_\_\_

El perjudicado/lesionado 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:

- \* 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.
- \* Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez extinguida la relación contractual.

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 que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal 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 : Carretera de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda Madrid, bajo la supervisión de MAPFRE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA, 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

### 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](mailto: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.