



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES

OBJETO DEL SEGURO

Dar cobertura a las lesiones corporales accidentales sufridas por los asegurados en la práctica Deportiva, en los términos previstos en el R.D.849/1993 de 4 de junio.

Las asistencias médicas cubiertas por la póliza se realizarán en centros médicos o por facultativos **concertados** con la compañía aseguradora.

Solo en caso de urgencia vital, se podrá asistir directamente al centro sanitario más próximo y siempre de acuerdo con los términos especificados en el apartado “**URGENCIA CLINICA VITAL**” de este protocolo.

1.- COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE:

1.1 El accidente deberá ser comunicado en un período máximo de 7 días a la Federación Balear de Montañismo y Escalada, de la siguiente manera:

1.1.1. Enviar el parte de accidentes debidamente cumplimentado, junto con los informes y prescripciones médicas si hubiera (en caso de urgencia clínica vital) a:

parteaccidentefbme@gmail.com

1.1.2. Es importante que los datos de contacto sean correctos, a poder ser nº de móvil del lesionado y/o padres/tutores, así como mail de contacto de los interesados.

1.1.3. Se le enviará, tras comprobar toda la documentación necesaria, al mail indicado en el parte, el nº de expediente y siguientes pasos a realizar.

1.1.4. La plataforma de asistencia de Allianz se pondrá en contacto con el federado para comunicar si el siniestro es objeto de cobertura, y en consecuencia remitirle las autorizaciones necesarias, así como los centros a los que podrá acudir.

1.1.5. Si el federado requiere de material ortopédico curativo prescrito por un médico tras accidente deportivo **DEBERÁ SOLICITARLO CON ANTELACIÓN** llamando al **902 108 509**, se le proporcionará al federado el material necesario en lugar de entrega conveniente para el federado, siempre y cuando sea objeto de cobertura.

1.1.6. Para solicitar seguimiento posterior de tratamiento o pruebas complementarias **será el mismo Centro Médico quien lo solicite a la compañía** y ésta enviará la autorización correspondiente al centro médico solicitante. En su defecto, contactar con la Federación, para que proceda.



OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA:

- Es importante explicar detenidamente lo sucedido en el parte de accidentes.
- Es obligatorio que el parte esté sellado y firmado por el federado y la **Federación Balear de Montañismo y Escalada**, así como adjuntar copia de la licencia federativa en caso de que el parte de accidente no esté firmado por la Federación.
- Si los datos de contacto no son correctos será imposible coordinar la asistencia.

Para cualquier duda o aclaración puede llamar a la plataforma de siniestros de Federaciones de AON:

Lunes a viernes, de 9:00 a 18:00 horas en el teléfono:

914 891 268.

(Teléfono directo, de nuestra correduría de seguros AON).

2.- URGENCIAS:

2.1 Se entiende por urgencia como tal, la atención sanitaria cuya demora pueda comportar un agravamiento de la lesión, dolor extremo, o necesidad de acudir inmediatamente en el momento posterior al accidente, siempre y cuando esta asistencia sea Objeto del Seguro y dentro de las 24 horas posteriores al accidente.

2.2 En este caso el federado deberá llamar al **teléfono de asistencia 24 horas**, dónde coordinarán la asistencia a urgencias en el centro concertado:

913 343 293

(Teléfono directo de asistencia Allianz).

3.- URGENCIA CLINICA VITAL:

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

3.2 **En caso de permanencia en un CENTRO MÉDICO NO CONCERTADO** la Compañía **no** se hará cargo de los costes de la atención prestada.

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

3.4 El federado deberá comunicar el primer día hábil su circunstancia a la **Federación Balear de Montañismo y Escalada** y/o a los teléfonos anteriormente mencionados, tal y como se indica en el punto 1 de este protocolo para la apertura del expediente.



Y para finalizar...

* 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.**

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES DEPORTIVOS

La póliza solamente cubre accidentes deportivos de acuerdo con lo establecido en el R.D. 849/93, de 4 de Junio y en las condiciones de la póliza.

NO ESTÁN CUBIERTAS LESIONES NI DOLENCIAS DE CUALQUIER TIPO QUE NO HAYAN SIDO PROVODADAS POR UN ACCIDENTE DEPORTIVO.

FEDERACIÓ BALEAR DE MUNTANYISME I ESCALADA	
Nº de póliza:	040533398
Nº de Socio o licencia:	Cobertura:

DATOS DEL LESIONADO		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
NOMBRE:	APELLIDOS:	DNI:
DOMICILIO:		POBLACIÓN:
PROVINCIA:	C.P.:	FECHA NACIMIENTO:
TELÉFONO:	EMAIL:	CLUB:
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE		
FECHA DE OCURRENCIA:	HORA:	PROVINCIA/PAÍS:
LUGAR DE OCURRENCIA (detallar macizo montañoso, paraje, etc...):		
TIPO DE EVENTO: Competición (detallar) <input type="checkbox"/> _____ Entrenamiento <input type="checkbox"/> Actividad organizada <input type="checkbox"/> -> <i>Organizador:</i> _____ Cursos <input type="checkbox"/> Actividad personal <input type="checkbox"/> Otros (detallar) <input type="checkbox"/> _____ Tamaño del grupo (si procede): _____		
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:		
TIPO DE ACCIDENTE:		
DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN:		
NOMBRE Y TELÉFONO DE LAS PERSONAS QUE LE ACOMPAÑABAN:		
¿Ha recibido asistencia en el evento? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Ha recibido asistencia de urgencia? SI <input type="checkbox"/> Nº de expediente aportado por call de urgencias _____		
¿Necesita nueva asistencia médica? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo el asegurado declara conocer que no podrá practicar ninguna actividad deportiva hasta recibir el alta médica por sus lesiones.		
MODALIDAD DEPORTIVA que estaba practicando		
ALPINISMO <input type="checkbox"/>	CARRERAS POR MONTAÑA <input type="checkbox"/>	ESPELEOLOGÍA <input type="checkbox"/>
MONTAÑISMO <input type="checkbox"/>	RAQUETAS <input type="checkbox"/>	ROCÓDROMO <input type="checkbox"/>
SENDERISMO <input type="checkbox"/>	ESQUÍ MONTAÑA <input type="checkbox"/>	VÍA FERRATA <input type="checkbox"/>
MARCHA NÓRDICA <input type="checkbox"/>	BARRANQUISMO <input type="checkbox"/>	OTROS (INDICAR CUAL): _____
ESCALADA <input type="checkbox"/>	BTT <input type="checkbox"/>	
ESCALADA BLOQUE <input type="checkbox"/>	ESQUÍ PISTA <input type="checkbox"/>	
ESCALADA HIELO <input type="checkbox"/>	SNOWBOARD <input type="checkbox"/>	
ASISTENCIA		
HUBO RESCATE <input type="checkbox"/>	GRUPO RESCATE <input type="checkbox"/> Detallar: _____	INTERVENCIÓN HELICOPTERO <input type="checkbox"/>
HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	URGENCIA <input type="checkbox"/>	AMBULANCIA <input type="checkbox"/>
NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE		
En caso de Accidente Deportivo que precise ASISTENCIA SANITARIA DE URGENCIA el federado o acompañante deberá ponerse en contacto con el 913 343 293 , desde donde se le coordinará la asistencia de urgencia en un centro concertado.		
Si NO se trata de una asistencia de urgencia no podrá dirigirse directamente al Centro Concertado, sino que deberá comunicar a la F.B.M.E el accidente para que la compañía pueda proceder a la apertura del expediente a través del siguiente mail: parteaccidentefbme@gmail.com ; para cualquier aclaración o duda puede ponerse en contacto en el 971 291 374 .		
EL CENTRO MEDICO CONCERTADO DE ALLIANZ NO ATENDERA NINGUNA ASISTENCIA MEDICA QUE NO SEA DE URGENCIA SI NO TIENE LA AUTORIZACION PREVIA POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.		
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 y 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.		

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del Lesionado

Firma y Sello de la Federación