



PROTOCOL D'ACTUACIÓ EN CAS D'ACCIDENTS

OBJECTE DE L'ASSEGURANÇA

Donar cobertura a les lesions corporals accidentals sofertes pels assegurats en la pràctica Esportiva, en els termes que preveu l'RD849/1993 de 4 de juny .

Les assistències mèdiques cobertes per la pòlissa es realitzaran en centres mèdics o per facultatius **concertats** amb la companyia asseguradora.

Només en cas d'urgència vital, es podrà assistir directament a centre sanitari més proper i sempre d'acord amb els termes especificats en l'apartat "**URGÈNCIA CLÍNICA VITAL**" d'aquest protocol.

1.- COMUNICACIÓ DE L'ACCIDENT:

1.1 L'accident ha de ser comunicat en un període **màxim de 7 dies** a la **Federació Balear de Muntanyisme i Escalada**, de la següent manera :

1.1.1. Envia el comunicat d'accidents degudament emplenat, juntament amb els informes i prescripcions mèdiques si hagués (en cas d'urgència clínica vital) a:

parteaccidentefbme@gmail.com

1.1.2. És important que les dades de contacte siguin correctes, si pot ser nº de mòbil del lesionat i/o pares/tutors, així com mail de contacte dels interessats.

1.1.3. Se li enviarà , després de comprovar tota la documentació necessària, al mail indicat en el comunicat, el nº d'expedient i següents passos a realitzar.

1.1.4. **La plataforma d'assistència d'Allianz** es posarà en contacte amb el federat per comunicar si el sinistre és objecte de cobertura, i en conseqüència remetre-les autoritzacions necessàries, així com els centres als quals podrà acudir .

1.1.5. Si el federat requereix de material ortopèdic curatiu prescrit per un metge després d'accident esportiu **HAURÀ SOL·LICITAR-AMB ANTELACIÓ** trucant al **902.108.509**, se li proporcionarà al federat el material necessari en lloc de lliurament convenient pel federat, sempre que sigui objecte de cobertura.

1.1.6. Per sol·licitar seguiment posterior de tractament o proves complementàries **serà el mateix Centre Mèdic qui ho sol·liciti a la companyia** i aquesta enviarà l'autorització corresponent a centre mèdic sol·licitant. Si no, contactar amb la Federació, perquè procedeixi.



OBSERVACIONS A TENIR EN COMPTE :

- És important explicar detingudament el que ha passat en el comunicat d'accidents.
- És obligatori que el part estigui segellat i signat pel federat i la **Federació Balear de Muntanyisme i Escalada**, així com adjuntar còpia de la llicència federativa en cas que el part d'accident no estigui signat per la Federació.
- Si les dades de contacte no són correctes serà impossible coordinar l'assistència .

Per a qualsevol dubte o aclariment pot trucar a la plataforma de sinistres de Federacions d'AON:

Dilluns a divendres , de 9:00 a 18:00 hores al telèfon:

914 891 268.

(En línia directa, amb la nostra corredoria d'assegurances AON).

2.- URGÈNCIES:

2.1 S'entén per urgència com a tal , **l'atenció sanitària la seva demora pugui comportar un agreujament de la lesió, mal extrem, o necessitat d'acudir immediatament en el moment posterior a l'accident**, sempre que aquesta assistència sigui Objecte de l'assegurança i dins de les 24 hores posteriors a l'accident.

2.2 En aquest cas el federat haurà de trucar a l' **telèfon d'assistència 24 hores** , on coordinaran l'assistència a urgències en el centre concertat:

913 343 293

(línia directa d'assistència Allianz) .

3.- URGÈNCIA CLÍNICA VITAL:

3.1 **Només en cas d'urgència Clínica Vital** es podrà acudir directament a centre sanitari més pròxim. **Un cop superada l'assistència d'urgències, el lesionat haurà de ser traslladat a un centre mèdic concertat.**

3.2 **En cas de permanència en un CENTRE MÈDIC NO CONCERTAT** la companyia **no** es farà càrrec dels costos de l'atenció prestada.

3.3 **La Companyia no es farà càrrec dels costos derivats d'assistències en centres no concertats o de la Seguretat Social** excepte en els casos d'urgència vital. En el cas que es facturaran a la Companyia, aquesta podria repercutir a l'assegurat.

3.4 **El federat ha de comunicar el primer dia hàbil seva circumstància a la Federació Balear de Muntanyisme i Escalada** i / o als telèfons anteriorment esmentats , tal com s'indica en el punt 1 d'aquest protocol per a l'obertura de l'expedient.



I per finalitzar ...

* Li recordem que:

- Serà motiu de **tancament de l'expedient i per tant no continuïtat de tractament**, si durant la BAIXA MÈDICA ESPORTIVA del federat realitza activitat esportiva, **no tenint cobertura els accidents posteriors que poguessin produir-se sense estar d'alta mèdica per un accident anterior.**
- L'accident ha de ser comunicat **en un període màxim de 7 dies** des que es produeix el mateix.
- Qualsevol assistència, consulta mèdica, proves o rehabilitació, que no sigui de **URGÈNCIES**, **ha d'autoritzar prèviament**, en cas contrari serà el federat qui es faci càrrec dels costos incorreguts.

Els recordem que la pòlissa de la Federació es regeix segons el Reial Decret 849/1993 per la qual s'inclouen les lesions derivades d'accident esportiu, és a dir, per **traumatisme puntual, violent, sobtat i extern**, durant la pràctica esportiva, **sempre que no siguin deguts a lesions cròniques i / o preexistents**; **s'exclouen també les malalties o patologies cròniques derivades de la pràctica habitual de l'esport, per micra traumatismes repetits, com ara tendinitis i bursitis crònica, artrosi o artritis, hèrnies discals, i en general qualsevol patologia 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:		EDAD:
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"/>	ESCALADA <input type="checkbox"/>	BTT <input type="checkbox"/>	
MONTAÑISMO <input type="checkbox"/>	RAQUETAS <input type="checkbox"/>	ROCÓDROMO <input type="checkbox"/>	ESCALADA BLOQUE <input type="checkbox"/>	ESQUÍ PISTA <input type="checkbox"/>	
SENDERISMO <input type="checkbox"/>	ESQUÍ MONTAÑA <input type="checkbox"/>	VÍA FERRATA <input type="checkbox"/>	ESCALADA HIELO <input type="checkbox"/>	SNOWBOARD <input type="checkbox"/>	
MARCHA NÓRDICA <input type="checkbox"/>	BARRANQUISMO <input type="checkbox"/>	OTROS (INDICAR CUAL): _____			
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