



FEDERACIÓN DE ATLETISMO DE LA REGIÓN DE MURCIA

PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE DEPORTIVO

TEMPORADA 2018/2019

(HASTA EL 31 DICIEMBRE DE 2019)



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

**TOMADOR: FEDERACION DE ATLETISMO DE LA REGION DE MURCIA
N.º PÓLIZA: 044421833**

Pasos a seguir por el accidentado:

1) Deberá **contactar con Allianz** en los siguientes números de teléfono de asistencia:

- **Asistencias en la Región de Murcia:.....91 325 55 68**

- Asistencias en las comunidades de Cataluña,
Com. Valenciana, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía:.....**91 325 55 68**

- Asistencias en resto del territorio español:.....**91 334 32 93**

2) Deberá **facilitar la siguiente información:**

- Datos personales del accidentado y tipología de lesiones.
- Datos del colectivo al que pertenece el accidentado y número de póliza.
- Fecha, lugar y descripción de la forma de ocurrencia.

3) Con esta información, **Allianz facilitará** al accidentado los datos y la ubicación del **Centro del Cuadro Médico más adecuado** teniendo en cuenta las lesiones sufridas.

4) El accidentado tendrá **hasta 7 DÍAS para mandar el PARTE DE ACCIDENTES** debidamente cumplimentado y sellado por el Tomador del seguro a:

asistenciacolectivos.es@allianz.com

5) La **asistencia médica, consultas, pruebas o rehabilitación sucesiva se solicitará en los números de teléfono indicados** en el punto primero. Allianz facilitará la autorización, si procede, directamente al accidentado y/o al Centro Médico según los casos.

- La asistencia médica se prestará en los Centros del Cuadro Médico de Allianz.
- Cualquier prestación de asistencia sanitaria debe ser autorizada previamente por Allianz.
- Sólo en caso de Urgencia 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 concertado.



- A título informativo, se puede consultar el cuadro médico de Allianz en la web de la Compañía: **www.allianz.es**
- La Compañía no se hará cargo de los costes y por lo tanto correrán a cargo del accidentado, cuando:
 - No se reciba el parte debidamente cumplimentado.
 - No se haya dado autorización específica por parte de Allianz para dicha asistencia.
 - Se permanezca en Centro No Concertado tras la primera asistencia en casos de urgencia vital.
- Será motivo de cierre del expediente del Siniestro y por tanto no continuidad de tratamiento, si durante la BAJA MEDICA DEPORTIVA el Lesionado realiza actividad deportiva, careciendo de cobertura los accidentes posteriores que pudieran producirse sin estar de alta médica por un accidente anterior.
- Se excluyen las consecuencias, agravaciones o situaciones relacionadas con las enfermedades, lesiones o minusvalías preexistentes, tanto físicas como psíquicas.

CENTROS SANITARIOS DE URGENCIAS

MUY IMPORTANTE: Antes de acudir a un centro sanitario es necesario disponer del número de expediente y de la autorización correspondiente, facilitados por la compañía aseguradora, en caso contrario la asistencia sanitaria podría no ser cubierta por la compañía aseguradora, y por lo tanto, podrían ser facturados los gastos derivados de esa asistencia a la persona que haga uso de dicha asistencia sanitaria.

PROV	NOMBRE	VIA	DOMICILIO	num	C.P.	POBLACION
30	HOSPITAL DE MOLINA	CL	ASOCIACION	S/N	30500	MOLINA DE SEGURA
30	HOSPITAL LA VEGA	CL	RAMON ALBERCA		30008	MURCIA
30	HOSPITAL QUIRONSAUD MURCIA	CL	MIGUEL HERNANDEZ	12	30011	MURCIA
30	CENTRO MEDICO VIRGEN DE LA CARIDAD ALCANTARILLA	CL	ESTACION	8	30820	ALCANTARILLA
30	CENTRO MEDICO VIRGEN DE LA CARIDAD ALHAMA	CL	FUENTE DEL RAAL	81	30840	ALHAMA DE MURCIA
30	CENTRO MEDICO VIRGEN DE LA CARIDAD	CL	JORGE JUAN	30	30204	CARTAGENA
30	CLINICA FUENTE ALAMO	CL	LORCA	30	30320	FUENTE ALAMO
30	ALTIPLANO SALUD JUMILLA	PZ	ALCOHOLERA DE MENOR	3	30520	JUMILLA
30	CENTRO MEDICO VIRGEN DE LA CARIDAD	CL	MAYOR	122	30360	LA UNION
30	CENTRO MEDICO VIRGEN DE ALCAZAR DE LORCA	CL	ALAMEDA DE LOS TRISTES		30800	LORCA
30	CLINICA NTRA SRA DE LOS DOLORES S.L.	AV	LIBERTAD	86	30710	LOS ALCAZARES
30	CENTRO MEDICO LOS ALCAZARES	AV	LIBERTAD	86	30710	LOS ALCAZARES
30	SANATORIO MESA DEL CASTILLO	CL	RONDA SUR	20	30010	MURCIA
30	INSTITUTO TRAUMATOLOGICO DEL SURESTE	CL	ALMIRANTE GRAVINA		30007	MURCIA
30	CENTRO MEDICO MAR MENOR	CL	CALDERON DE LA BARCA	24	30730	SAN JAVIER
30	CENTRO MEDICO MAR MENOR	AV	EMILIO CASTELAR	82	30740	SAN PEDRO DEL PINATAR
30	CENTRO MEDICO TORRE PACHECO	AV	DE EUROPA	2	30700	TORRE-PACHECO
30	ALTIPLANO SALUD	CL	FABRICAS	3	30510	YECLA

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVOS FEDERACIONES DEPORTIVAS

www.allianz.esCuestionario: Sucursal: Mediador: Colaborador: N° Póliza: 044421833 Certificado: Fecha del Accidente **Tomador**Apellidos o Razón Social Federación de Atletismo de la Región de Murcia Nombre
Domicilio Avda. Juan Carlos I, 15 DNI/CIF G-30118764
C. Postal 30009 Población Murcia Provincia Murcia**Lesionado**Apellidos Nombre
Fecha de nacimiento Profesión
Domicilio DNI/CIF
C. Postal Población Provincia
E-mail Web Teléfono Fax **Otros datos**¿Intervino la Autoridad? Diga cuál y de qué localidad
¿Tiene el Tomador o el Lesionado alguna otra Póliza de Seguro que garantice este accidente?
Cite las señas de las personas que fueron testigos **Certificación de Accidente expedida por el Club o la Federación**D. con DNI
en nombre y representación de Certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

- Fecha y lugar del accidente
- Descripción del accidente
- Actividad realizada en ese momento (entrenamiento, competición, ...)

PARA LA PRESTACIÓN SANITARIA, CUANDO SE REALICE A TRAVÉS DE LA COBERTURA DE CUADRO MÉDICO ALLIANZ, DEBERÁ CONTACTAR EN LOS TELÉFONOS:

- **913 255 568** Para atención médica en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía.
- **913 343 293** Para atención médica en el resto del territorio español.

Ley Orgánica sobre Protección de Datos de carácter personal

Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. integrará los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su declaración de siniestro. El Tomador del Seguro y los Asegurados facultan al Asegurador para que requiera o comunique a médicos y centros sanitarios los datos clínicos necesarios para prestarle el servicio garantizado en su póliza, así como a otros terceros cuya intervención es necesaria para la ejecución del contrato, comprometiéndose la Compañía a guardar la correcta confidencialidad de los mismos.

El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

El abajo firmante declara que los datos que figuran en la presente declaración son verdaderos.

En a de de
Firma y sello de la Federación / Club Firma del Lesionado o su representante