PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES
AON – ALLIANZ
FEDERACIÓN DE ESGRIMA DE MADRID

OBJETO DEL SEGURO

Cubrir las lesiones coprorales accidentales sufridos por los asegurados con motivo de la práctica deportiva, en los términos previstos por el R.D 849/1993, de 4 junio.

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:

- Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.es la entidad con la se encuentra contratado el seguro.
- Consecuentemente el accidente deberá ser comunicado en un plazo máximo de 7 días a la plataforma de siniestros de **Allianz**:

900 404 444

- Se procederá a la apertura del expediente correspondiente donde se le solicitará al federado:
  - Identificación (ficha federativa) y comprobación de cobertura.
  - Explicación del accidente
  - Parte de accidentes firmado/sellado por la Federación.
- La aseguradora facilitará en ese momento el número de expediente asignado, que deberán anotar puesto que servirá como referencia para cualquier gestión posterior.
- Tras analizar el expediente por parte de la aseguradora se le dará respuesta al federado y autorización de asistencia si fuera objeto de cobertura.

- Para solicitar seguimiento posterior de tratamiento o pruebas complementarias será el propio Centro Médico quien lo solicite a la aseguradora y se le enviará la autorización al Centro Médico que lo solicite.

2. 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.

En este caso el federado deberá llamar al teléfono de asistencias 24 horas donde le coordinarán la asistencia de urgencia en un centro concertado:

900 404 444

3. URGENCIA CLÍNICA VITAL

Solo en caso de **Urgencia Clínica Vital** podrá acudir directamente al centro sanitario más próximo. Una vez superada la primera asistencia de urgencias, el lesionado deberá ser trasladado a un centro médico concertado.
En caso de que permaneciera en **CENTRO MÉDICO NO CONCERTADO**, Allianz no se hará cargo de los costes por la atención prestada.

Allianz no se hará cargo de los gastos derivados de asistencias en centros no concertados o de la Seguridad Social salvo en los casos de urgencia vital. En el caso de que se facturaran a Allianz, ésta podría repercutirlos al asegurado.

El federado deberá comunicar el primer día hábil su circunstancia a **la plataforma de siniestros de Allianz** para la apertura del expediente.

4. EN CASO DE INCIDENCIAS, CONTACTE CON AON

- Para cualquier incidencia en la tramitación de siniestros que no haya podido ser resuelta con la aseguradora por el canal ordinario de gestión indicado anteriormente, pueden ponerse en contacto con AON al objeto de recibir el correspondiente asesoramiento:

- Correo electrónico de consultas y atención al federado: siniestros.federaciones@aon.es

Para cualquier solicitud de asesoramiento se debe de facilitar siempre el número de siniestro facilitado por la aseguradora tras la comunicación de siniestro, junto al número de DNI y fecha de nacimiento.

- El correo electrónico será la via principal de comunicación, si bien se dispone igualmente de un teléfono de atención al federado llamando en **horario de lunes a jueves de 09:00 a 17:00 horas y viernes hasta las 15 horas**:

91 489 12 68

* 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**.

Información y Protección de Datos: Aon Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.A.U. actúa como correduría de seguros designada por la Federación para la gestión de la póliza de seguro de accidentes suscrita con Allianz, siendo esta última la entidad Aseguradora que asume la cobertura a las prestaciones contenidas en la póliza. Para acceder a la información Previa de Aon Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.A.U. y de protección de datos, pinche en este link: http://www.aon.es/included_code/html/aviso_correo.html

EMPRESAS

Cuestionario de datos del Seguro de Accidentes Colectivos

ALLIANZ SEGUROS

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVOS FEDERACIONES DEPORTIVAS

www.allianz.es

Cuestionario: Sucursal: ____ Mediador: ____ Colaborador: ____ Nº Póliza: 046145186 Certificado: ____

Fecha del Accidente

__ __ __ __ __ __ __ __

Tomador

Apellidos o Razón Social FEDERACIÓN MADRILEÑA DE ESGRIMA Nombre ____

Domicilio Ignacio Zuloaga, 14 DNI/CIF G-79201331

C. Postal 28522 Población Rivas Vaciamadrid Provincia Madrid

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 cúal 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 TRAVES DE LA COBERTURA DE CUADRO MÉDICO ALLIANZ, DEBERÁ CONTACTAR EN EL TELÉFONO:

- **900 404 444**

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

321 0622

AENOR Empresa Registrada ER-2071/2004 — Certificado de Calidad en el diseño y contratación de seguros y la gestión de siniestros.