



CANAL SALUD 24 HORAS

**PÓLIZA:**  
**TOMADOR:**

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LOS ASEGURADOS EN CASO  
DE ACCIDENTE**

# **FEDERACIONES DEPORTIVAS**

## **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE**

La Asistencia médica garantizada en la póliza será prestada por el Centro Médico o facultativo concertado por AIG Europe.

Deberán seguirse obligatoriamente en todo los casos los siguientes pasos:

1. Se deberá **cumplimentar el Parte de Accidentes para Federaciones** (documento adjunto). Dicho parte deberá ser firmado y sellado por la Federación, Club o Entidad Deportiva correspondiente.

2. El accidente debe ser comunicado inmediatamente después de su ocurrencia a la compañía aseguradora, llamando al **Centro de Atención 24 horas de AIG Europe, teléfono 902 877 498.**

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.
- Descripción de los daños físicos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención telefónica **facilitará el número de expediente, que deberá ser anotado en el encabezamiento del parte. El comunicante remitirá posteriormente el parte por fax a AIG Europe al número 902 875 230**

3. El federado lesionado deberá acudir al **Centro Médico concertado** aportando el "Parte de Comunicación de accidentes" debidamente cumplimentado, incluyendo el **número de expediente** facilitado por el Centro de Atención telefónica (Imprescindible para recibir asistencia)

4. En casos de **URGENCIA VITAL**, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. En estos casos AIG Europe 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 deportivo garantizado en la póliza, conforme a lo establecido en el R.D. 849/1993, de 4 de Junio.
- 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, AIG Europe no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.**

**Cuando un asegurado accidentado se presente en uno de los Centros Concertados por AIG, deberá presentar la licencia y su D.N.I..**

### **AUTORIZACIONES**

Será necesario tener la autorización previa de la compañía para realizar 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 AIG Europe dicha autorización al fax nº 902 875 230. Junto con la autorización se ha de acompañar copia de informe médico detallado, facilitándose 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 AIG Europe el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente



## PARTE DE ACCIDENTES PARA FEDERACIONES DEPORTIVAS

TOMADOR DEL SEGURO	
Nº DE PÓLIZA	
Nº DE EXPEDIENTE (*)	

(\*) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte de la federación al teléfono del Centro de Asistencia: 902 877 498

### DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI		EDAD	
DOMICILIO			
PROVINCIA Y LOCALIDAD		C.P.	
Nº DE LICENCIA			

### CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. Dña. \_\_\_\_\_, Con DNI nº \_\_\_\_\_  
En nombre y representación de la Federación, Club o Entidad Deportiva arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FECHA DEL SINIESTRO: \_\_\_\_\_

FORMA DE OCURRENCIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CENTRO SANITARIO: \_\_\_\_\_

El perjudicado/accidentado 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 que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoración de los daños ocasionados en su persona, cuantificando en su caso la indemnización que le corresponda y el pago 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 citadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de segur, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. AIG 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 y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

Firma y sello del representante de la Entidad

Firma del Lesionado