

## **PROTOCOLO DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE POR LA PRÁCTICA DEPORTIVA** **EN LOS JUEGOS DEPORTIVOS DE LA RIOJA**

La Dirección General del Deporte tiene suscrito un seguro para cubrir el riesgo de accidente deportivo en el ámbito de los Juegos Deportivos de La Rioja para la temporada 2019/20 con la compañía aseguradora **MAPFRE VIDA**, con número de póliza **0551980201836** con efecto del 01/09/2019 al 31/08/2020. Los deportistas/técnicos, debidamente inscritos en los Juegos Deportivos de La Rioja, son los beneficiarios de la póliza de accidentes deportivos ocurridos en entrenamientos y/o en competición.

### **PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE:**

- 1.- El deportista/técnico **acudirá preferentemente, y en primera instancia**, al **Centro Médico Adarra** a través del doctor Vicente Elías. El horario de atención es de 16.30 a 20.30 horas de lunes a viernes. Previamente debe pedir cita a través del teléfono: 941 291100 ext.33625 (horario de 9 a 14 horas) o en el mail: [centromedico.adarra@larioja.org](mailto:centromedico.adarra@larioja.org)  
La consulta tendrá lugar en las instalaciones deportivas Javier Adarra, en la C/ Camino de las Norias s/n de Logroño.  
En el caso de que este facultativo valore la derivación del accidentado a un centro concertado, en ese momento el lesionado deberá llamar a la compañía aseguradora y cumplimentar el parte de accidente.
- 2.- Cuando no ha podido ser atendido en el Centro médico Adarra, la notificación debe ser realizada telefónicamente en el número **902811899 / 918365365**, utilizando el Centro de Servicios de la Compañía y según el caso, están obligados a:
  - Facilitar a la Compañía cuanta información pueda necesitar respecto a las circunstancias del siniestro y la salud del Asegurado, incluso referida a fechas anteriores a la ocurrencia del mismo.
  - Autorizar a facultativos y profesionales, por escrito si fuera necesario, para que faciliten a la Compañía cuanta información necesite respecto al siniestro y sus circunstancias.
  - Acceder al reconocimiento del Asegurado por los médicos que designe la Compañía, así como a la práctica de las pruebas que éstos pudieran recomendar.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención facilitará el **número de expediente**, que deberá ser anotado en el encabezamiento del Parte.

El lesionado debe acudir al Centro Médico concertado aportando el "Parte de Comunicación de Accidentes" debidamente cumplimentado (**Es imprescindible para recibir asistencia que en el parte conste el número de expediente**).

- 3.- En los casos de urgencia, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. MAPFRE VIDA 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.  
Una vez superada la primera asistencia de urgencia, el lesionado deberá ser trasladado al Centro Médico Concertado para continuar su tratamiento.

**En caso de permanencia en Centro Médico NO CONCERTADO, MAPFRE VIDA no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.**

**La ocurrencia de un siniestro debe serle comunicada a la Compañía lo antes posible y como MÁXIMO dentro de los SIETE DÍAS SIGUIENTES de haberlo conocido.**

## PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

Nº DE PÓLIZA: **0551980201836**

(\*) Nº DE EXPEDIENTE:

### DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

DEPORTE: \_\_\_\_\_ ENTIDAD: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

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

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ E\_MAIL: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA:		HORA:		LUGAR DE OCURRENCIA:	
FORMA DE OCURRENCIA:					
LESIÓN SUFRIDA:					
OBSERVACIONES O COMENTARIOS:					

El perjudicado/lesionado 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: 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. El pago del importe de la referida indemnización. Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez extinguida la relación contractual. 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 que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero creado está ubicado en Mapfre Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros sobre la vida humana. Domicilio: Ctra. Pozuelo ,50. 28222 Majadahonda. MADRID quien 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, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

El asegurado/responsable de la entidad, en el caso de que sea menor de edad, declara el contenido cierto de lo arriba manifestado y firma la presente en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Fdo.:**

(\*) El número de expediente, que deberá ser solicitado al Centro de Servicios de la Compañía MAPFRE VIDA, en el **902811899 o 918365365**, es imprescindible para que se pueda considerar la cobertura del siniestro.