



Nº. PÓLIZA: 021S00192ACO (anterior 213060)

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

RAMO ACCIDENTES

Nº. PÓLIZA : 021S00192ACO

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE
(SINIESTROS EN ESPAÑA)

La cobertura de gastos ocasionados por una lesión y cubiertos en la póliza será prestada por los centros concertados por la entidad aseguradora.

En el proceso de comunicación se deberán cumplir **obligatoriamente**, los siguientes pasos:

1. El **Parte de Lesión** (documento adjunto) se tramitará mediante notificación a la entidad aseguradora, por parte de la entidad deportiva a la que pertenezca el deportista lesionado, una vez validada dicha notificación por parte del Servicio Deportivo Municipal correspondiente, el responsable del Centro Educativo o, en su caso, la Dirección General de Juventud y Deportes de la Comunidad de Madrid.
Dicho parte deberá, estar firmado y sellado por los sujetos correspondientes indicados, así como por el Asegurado afectado/lesionado o su padre/madre o Tutor/a en caso de ser menor de edad..

2. En caso de requerir los servicios incluidos en la póliza, debe comunicarse con la entidad aseguradora, llamando al

Centro de Atención 24 horas de MARKEL, teléfono

917371668

En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Datos personales del lesionado.
- Datos del Tomador y colectivo al que pertenece.
- Lugar, 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 (y cualquier otra documentación que se solicite) en un plazo no superior a 48 horas por fax a la Entidad Aseguradora al número 902 875 230 o por e-mail a la siguiente dirección:**

gestion@canalsalud24.com

3. El lesionado deberá acudir al **Centro concertado** que se le indique previamente, **(Imprescindible para recibir asistencia)**.

Cuando un Asegurado/lesionado se presente en uno de los Centros concertados para su atención (y facilitado por el Centro de Atención Telefónica) deberá presentar el parte de Lesiones y DNI.

RAMO ACCIDENTES

Nº. PÓLIZA : 021S00192ACO

AUTORIZACIONES

Cualquier tratamiento realizado sin la autorización previa de la compañía correrá por cuenta del asegurado:

Tras obtener la oportuna autorización se remitirá a **MARKEL** el justificante de asistencia o informe del tratamiento, (siempre que el Equipo Médico lo solicite).

La asistencia será a cargo de los centros concertados presentes en el cuadro médico propuesto por MARKEL. **No serán cubiertas las asistencias sanitarias secundarias realizadas en centros de la Seguridad Social concertados.**

En caso de permanencia voluntaria en un centro NO CONCERTADO, MARKEL NO ASUMIRA EL PAGO DE LAS FACTURAS DERIVADAS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.

El Centro de Atención de la Compañía Aseguradora llevará a cabo los oportunos seguimientos que cada caso requiera, para determinar las necesidades y gestiones a realizar.

COMUNICACIONES:

Las comunicaciones entre el Colectivo/Colegio/Tomador/Asegurados y el Centro de Atención 24 horas de la compañía podrán quedar grabadas y registradas para el buen funcionamiento del servicio y cumpliendo siempre con la Ley de Protección de Datos.

RAMO ACCIDENTES

Nº. PÓLIZA : 021S00192ACO

PARTE DE ACCIDENTES PARA ASISTENCIA SANITARIA

TOMADOR DEL SEGURO	COMUNIDAD DE MADRID (CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTES)
Nº DE PÓLIZA	021S00192ACO
Nº DE EXPEDIENTE	

(*) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte del Tomador al teléfono del Centro de Asistencia: 917371678

DATOS DEL ACCIDENTADO

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

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. Dña. _____	DNI nº _____
ENTIDAD : _____	
En nombre y representación del Tomador del Seguro arriba indicado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:	
LUGAR DE OCURRENCIA: _____	
DOMICILIO: _____	TELÉFONO: _____
FECHA DEL SINIESTRO: _____	
FORMA DE OCURRENCIA: _____	

CENTRO SANITARIO: _____	
<p>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 seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.</p> <p>MARKEL Y CANAL SALUD 24 S.L. como entidad colaboradora asumen 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 trece de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad Canal Salud 24 S.L. a la dirección – Edificio las Rozas 23 - oficina 3 - Planta 1ª. Ctra. de la Coruña Km. 23.200 28232 Las Rozas (MADRID) a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o por correo electrónico a la dirección protecciondedatos@canalsalud24.com.</p>	
Firma y Sello del representante de la Entidad	Firma del Lesionado