



**RAMO ACCIDENTES**

**Nº PÓLIZA:** **02500597A00**

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

**RAMO ACCIDENTES**

**Nº PÓLIZA:** **078300337ADD**

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

### **Procedimiento de actuación en caso de siniestro.**

Para las lesiones producidas en actividades deportivas:

**1. En caso de evacuación y desplazamiento en ambulancia asistencial. Urgencia de servicio PIMER municipal. Para las lesiones producidas en actividades deportivas:**

- Se realiza una asistencia inicial, quedando el paciente en el lugar rehusando el traslado en ambulancia.
- Se realiza una asistencia inicial y se considera no oportuno el traslado en ambulancia a tenor de las patologías y sintomatología del paciente.
- Se realiza una asistencia inicial considerando la necesidad de traslado en ambulancia a tenor de las patologías y sintomatología del paciente pudiendo. En este caso el Servicio PIMER-Protección Civil trasladará al paciente únicamente al centro sanitario útil más cercano a la localidad de Pinto, siendo éste el indicado como referencia:

- IDCSALUD Valdemoro (Hospital Infanta Elena de la localidad de Valdemoro).

**2. En caso de evacuación y desplazamiento en vehículo privado. Para las lesiones producidas en actividades deportivas.**

Una vez abierto expediente y autorizado por el asegurador, se acudirá a una clínica de referencia ubicada en el término municipal de PINTO o población cercana y próxima.

**3. Traslado de los accidentados:**

Correrá a cargo de la aseguradora el primer traslado y evacuación del lesionado a los centros o clínicas por medio de ambulancia o similar, cuando el mismo no sea posible mediante el servicio municipal.

El Asegurador no se hará cargo en ningún caso de los gastos derivados de una atención en Centro público o no concertado, salvo los acordados del PIMER e IDCSALUD-Valdemoro.

**4. En caso de accidentes de urgencia o gravedad en los que es precisa la hospitalización se podrá utilizar el centro más próximo que decidan los servicios de emergencia, aun cuando este no esté concertado.**

**RAMO ACCIDENTES**

**Nº PÓLIZA:** ~~022500537ACO~~

**Listado de Centros Concertados de referencia:**

ATENCIÓN CERCANA A PINTO

POLICLÍNICA CENTROSALUD Calle Río Miño  
9 – Parla  
Tfno 916052350  
Atención de 09 a 20h de Lunes a Viernes

CLÍNICA IBERMEDIC LEGANÉS  
Calle Burbeda 26 posterior – Leganés  
Tfno 916882474  
Atención de 10 a 20h de Lunes a Viernes

ATENCIÓN 24H

HOSPITAL LA MILAGROSA  
Calle Modesto La Fuente 14 – Madrid  
Tfno 914472100

CLÍNICA CEMTRO  
Calle Ventisquero de la Condesa 42 – Madrid  
Tfno 917355757

**RAMO ACCIDENTES**

**Nº PÓLIZA: 022500537ACD**

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

La Asistencia médica garantizada en la póliza será prestada por los Centros Médicos o facultativo concertado por la Entidad Aseguradora.

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

**1.** Se deberá **cumplimentar** el Parte de **Accidentes para Asegurados** (documento adjunto). Dicho parte deberá ser firmado y sellado por el Ayuntamiento y firmado por el Asegurado afectado/lesionado.

**2.** El accidente debe ser comunicado **inmediatamente** después de su ocurrencia a la compañía aseguradora, llamando al

**Centro de Atención 24 horas de MARKEL, teléfono**

**91 737 16 68**

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 otra documentación que se solicite) en un plazo no superior a 48 horas por fax a la Entidad Aseguradora al número 91 737 45 68 o por e-mail a las siguientes direcciones:**

[gestion@canalsalud24.com](mailto:gestion@canalsalud24.com) y [direccionmedica@canalsalud24.com](mailto:direccionmedica@canalsalud24.com)

**3.** El lesionado deberá acudir al **Centro Médico concertado** que se le indique previamente, 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**).

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 Accidentes y DNI.

**RAMO ACCIDENTES**

**Nº PÓLIZA:** 022500537ACO

**4.** En casos de **URGENCIA VITAL**, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. En estos casos MARKEL 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 garantizado en la póliza.

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, MARKEL no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.**

**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.
- Consultas de Especialistas.

En estos casos el Asegurado/lesionado o el Médico o Centro Médico concertado solicitará a MARKEL dicha autorización al fax nº 91 737 45 68. Junto con la solicitud de 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 **MARKEL** el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente.

La asistencia será a cargo de las clínicas concertadas presentes en el cuadro médico propuesto por MARKEL. **No serán cubiertas las asistencias médicas en centros de la Seguridad Social o no concertados** (excepto urgencias vitales).

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

**Los desplazamientos en ambulancia solamente quedan cubiertos para urgencias vitales, y el servicio debe ser prestado a través del cuadro médico, nunca a través de cualquier otro servicio.**

**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/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:** 022S00537ACO

**PARTE DE ACCIDENTES PARA ASISTENCIA SANITARIA**

<b>TOMADOR DEL SEGURO</b>	<b>AYUNTAMIENTO DE PINTO</b>
<b>Nº DE PÓLIZA</b>	<b>022S00537ACO</b>
<b>Nº DE EXPEDIENTE</b>	

(\*) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte del Tomador al teléfono del Centro de Asistencia: 91 737 16 68

**DATOS DEL ACCIDENTADO**

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

**CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**

D. / Dña. \_\_\_\_\_ DNI nº \_\_\_\_\_

CLUB : \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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.

**Información Protección de Datos**

**RESPONSABLE:** Canal Salud 24 S.L., – 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 a [protecciondedatos@canalsalud24.com](mailto:protecciondedatos@canalsalud24.com). **FINALIDADES:** Prestación de la asistencia médica derivada de la póliza contratada con MARKEL. **LEGITIMACIÓN:** Ejecución del contrato de asistencia médica derivada del seguro contratado con MARKEL. **CESIONES:** Las necesarias para la prestación de los servicios sanitarios contratados. A MARKEL para pueda conocer el acto prestado y hacer frente a su responsabilidad y, en los casos legalmente establecidos. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia de la póliza con MARKEL y, finalizada ésta, según las exigencias de conservación de la documentación clínica de la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. **DERECHOS:** Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados.

Firma y Sello del representante de la Entidad

Firma del Lesionado