



FEDERACIÓN DE ATLETISMO DE LA REGIÓN DE MURCIA

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE DEPORTIVO

TEMPORADA 2016-2017

(A PARTIR DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2016 HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2017)

FEDERACION DE ATLETISMO DE LA REGION DE MURCIA
POLIZA Nº 037834853

ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE

La Asistencia médica se prestará en los Centros del Cuadro Médico de Allianz.

En caso de accidente cubierto por la póliza, **se deberá contactar con Allianz en los números de teléfono indicados, salvo casos de urgencia vital**, y se le facilitará los datos y ubicación del **Centro del Cuadro Médico** más adecuado en atención a las lesiones sufridas.

Los teléfonos son los siguientes:

Para asistencias en Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia:

913 255 568

902 102 687

Para asistencias en resto del territorio español:

902 108 509

A título informativo, se puede consultar el cuadro médico de Allianz, en la página web de la Compañía: **www.allianz.es**

En la primera comunicación telefónica, se deberá facilitar al menos:

- **Datos personales del accidentado y tipología de lesiones.**
- **Datos del colectivo al que pertenece el accidentado y número de póliza que son:**

FEDERACION DE ATLETISMO DE LA REGION DE MURCIA
POLIZA Nº 037834853

- **Fecha, lugar y descripción de la forma de ocurrencia.**

Posteriormente, y en todo caso en un plazo no superior a 7 días, **el accidentado deberá aportar el Parte de Comunicación de Accidentes (al fax 913 343 276 o al email asistenciacolectivos@allianz-assistance.es) debidamente cumplimentado y sellado por parte de la FEDERACION DE ATLETISMO DE LA REGION DE MURCIA.** El Parte de Comunicación de Accidentes, lo podéis encontrar al final de este documento.

En los supuestos que no se reciba el parte de accidente debidamente cumplimentado, el coste de la prestación sanitaria correrá a cargo del asegurado

AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA

Cualquier prestación de asistencia sanitaria debe ser autorizada previamente por Allianz. **La asistencia sanitaria recibida sin la autorización específica de Allianz, carece de cobertura, salvo lo indicado en caso de urgencia vital.**

La autorización de la asistencia médica, ya se trate de una primera asistencia o de asistencia médica sucesiva, se solicitará en los números de teléfono indicados.

Allianz facilitará la autorización directamente al accidentado y/o al Centro Médico según los casos.

Aviso de Accidentes

Seguro de Accidentes Individual – Colectivo y Ocupantes de Automóviles

Allianz Seguros



Sucursal: Agente: Nº Póliza: 0 3 7 8 3 4 8 5 3 Ramo: Nº. Siniestro:

Fecha del Accidente:

Contratante

Apellidos o Razón Social: FEDERACION DE ATLETISMO DE LA REGION DE MURCIA Nombre: _____
Domicilio: PABELLON PRINCIPE DE ASTURIAS , AVD. JUAN CARLOS I, 15 Teléfono: _____
Población, Código Postal: 30009 MURCIA Provincia: _____

Lesionado

Apellidos: _____ Nombre: _____
Fecha Nacimiento: Profesión: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
Población, Código Postal: _____ Provincia: _____

Datos del accidente

Explique con mayor claridad posible cómo ocurrió el accidente y qué actividad desarrollaba en ese momento: _____
_____, a _____ de _____ de _____ Firma

Parte del médico

Nombre del lesionado _____
¿En qué consiste la lesión? _____ Su carácter: _____
¿Ha sido la lesión directa y exclusivamente producida por el accidente, o bien han contribuido otras circunstancias como por ejemplo, enfermedades o lesiones preexistentes? _____
¿¿Era el herido antes del accidente, inválido, tenía defecto físico, psíquico o enfermedad? _____
¿Cuáles son las probables consecuencias del accidente? _____
¿Causará el accidente invalidez temporal completa para sus ocupaciones habituales? _____ ¿Cuántos días? _____
¿Qué día acudió por primera vez a la asistencia facultativa?

Si la primera cura no la practicó el médico que extiende el presente informe, ¿Cuándo se encargó de la curación?

¿Quién practicó la primera cura? _____, a _____ de _____ de _____ EL MÉDICO

Recuerden:

- Debe llamar al 902 108 509:
 - Cuando tenga un Accidente para que Autoricemos la Asistencia y le indiquemos el Centro Sanitario más adecuado para atenderle.
 - Indicar el número de Federado si está asegurado a través de su Federación Deportiva. En caso de Federación de Fútbol debe enviar al fax o email copia del Acta Arbitral.
 - Si necesita asistencias posteriores a la Urgencia, para solicitar autorización de dicha asistencia, y para que se le indique el Centro Sanitario más adecuado para su ella.
- Debe enviar el Parte de Accidente, El Certificado de estar Asegurado en la Póliza de su Colegio o Federación Deportiva al fax 913 343 276 o al email allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es.

