HUIDOBRO LABARGA
CORREDURIA DE SEGUROS S.L.
Antonio Machado G, Entpl-B
09005 Burgos
Telf.: 947 04 08 30
info@huidobroseguros.es
www.huidobroseguros.es

RAMO ACCIDENTES **Nº PÓLIZA: 026S01212EVE**

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LOS ASEGURADOS EN CASO DE ACCIDENTE

HUIDOBRO LABARGA
CORREDURIA DE SEGUROS S.L.
Antonio Machado G, Entpl-B
09005 Burgos
Telf.: 947 04 08 30
info@huidobroseguros.es
www.huidobroseguros.es

RAMO ACCIDENTES **Nº PÓLIZA: 026S01212EVE**

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 Tomador, la Federación, Club o Entidad Deportiva correspondiente 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 por e-mail a la siguiente dirección:**

markel.asistencia@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, DNI y /o licencia Federativa, en su caso.

RAMO ACCIDENTES **Nº PÓLIZA: 026S01212EVE**

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 email: markel.asistencia@canalsalud24.com. 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.

HUIDOBRO LABARGA
CORREDURIA DE SEGUROS S.L.
Antonio Machado G, Entpl-B
09005 Burgos
Telf.: 947 04 08 30
info@huidobroseguros.es
www.huidobroseguros.es

RAMO ACCIDENTES **Nº PÓLIZA: 026S01212EVE**

PARTE DE ACCIDENTES PARA ASISTENCIA SANITARIA

TOMADOR DEL SEGURO	**HERMANDAD DE PEÑAS DE BURGOS**
Nº DE PÓLIZA	**026S01212EVE**
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: 91 737 16 68

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 _____

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: MARKEL INSURANCE SE, SUCURSAL EN ESPAÑA C.I.F.: W2764898I ,Paseo de la Castellana, 259C, Planta 34, Torre de Cristal, 28046 Madrid, España, a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o a markel@delegado-datos.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.aepd.es). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados.

Firma y Sello del representante de la Entidad

Firma del Lesionado