

INFORMACIÓN AL RESPONSABLE DE EQUIPO QUE PARTICIPA EN LOS JUEGOS DEPORTIVOS MUNICIPALES CÁDIZ 2017-18 PARA SU ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE DEPORTIVO

1. Como primera medida, se le recuerda a tod@s l@s deportistas participantes y sus responsables de equipo, que según establece la legislación vigente en dicha materia (Ley del deporte en Andalucía 5/2016, de 19 de julio en su artículo 42) “la asistencia sanitaria derivada de la práctica deportiva general del ciudadano, al margen de cualquier organización, constituye una prestación ordinaria del sistema sanitario público que le corresponda.” Y el Decreto 6/2008, de 15 de enero del Deporte en Edad Escolar en Andalucía en su artículo 6: “La asistencia sanitaria a los deportistas en los ámbitos de iniciación y promoción se prestará de acuerdo con las normas reguladoras del Sistema Sanitario Público de Andalucía y mediante la cobertura de los seguros generales de asistencia sanitaria suscritos con entidades privadas”.
 2. Esta circunstancia da posibilidad de escoger entre una vía (pública) u otra (privada) pero que según contempla la cobertura del Seguro privado, una vez escogida la primera no tiene derecho a solicitar los gastos derivados de la prestación sanitaria realizada por la anterior.
 3. Luego la primera medida adoptar es informar de dicha posibilidad y recoger por escrito la adopción de ser atendido por el Sistema Sanitario Público (Centros de Salud u Hospitales del SASP) o iniciar el procedimiento con la Aseguradora Privada, donde dejará constancia con el Documento firmado de renuncia a la asistencia en Centro sanitario concertado.
 4. El árbitro le facilitará un **“Parte de comunicación de accidente personal”** que está numerado, firmado y sellado por el Instituto Municipal del Deporte de Cádiz.
 5. La cumplimentación del “Parte de Comunicación de Accidentes” corresponde al **“responsable del equipo del accidentado”** quien firmará como responsable/tutor del menor y deberá Poner en conocimiento de MAPFRE el accidente, llamando al Centro de Atención 24 horas: **Teléfono 902 136 524**. El accidente debe de ser comunicado inmediatamente después de su ocurrencia.
 6. En la comunicación deberá facilitarse:
 - Datos personales del lesionado.
 - Fecha y forma de ocurrencia.
 - Daños físicos.
- Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención (MAPFRE) facilitará un **número de expediente, que deberá de ser anotado en el encabezamiento del parte**.
4. El lesionado debe acudir al **Centro Médico concertado** aportando el “Parte de Comunicación de Accidentes”. Es imprescindible para recibir asistencia que en el parte conste **el número de expediente** facilitado por MAPFRE.
 5. En los casos de **URGENCIA VITAL** el lesionado podrá recibir asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. **MAPFRE 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 a un Centro Médico Concertado para continuar su tratamiento.
6. En caso de permanencia en centro médico NO CONCERTADO, MAPFRE no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.
 7. Aunque el árbitro registre la incidencia en el acta del partido, el responsable de equipo **deberá comunicar su actuación al Servicio Sanitario – Médico Deportivo del Instituto Municipal del Deporte de Cádiz**, en un plazo no superior a 72 horas (3 días).
 8. Para cualquier consulta o duda sobre el expediente abierto, autorizaciones de tratamiento farmacológico, quirúrgico, rehabilitador y/o revisiones médicas, deberá contactar con la compañía aseguradora MAPFRE.

ACTUACION DEL RESPONSABLE DE EQUIPO EN CASO DE ACCIDENTE DEPORTIVO

1. Debe informar de la posibilidad de escoger entre una vía (Centros sanitarios del SSPA) pública u otra (Centros Concertados por la Aseguradora) privada y recoger por escrito la adopción de acudir al Sistema Sanitario Público (Centros de Salud u Hospitales públicos) renunciando a iniciar el procedimiento con la Aseguradora Privada. Dispone del documento de la **renuncia a la asistencia privada** que deberá recoger y enviar al IMD-Cádiz (Casa del Deporte).
2. En caso de iniciar el procedimiento por el seguro contratado con la Entidad privada, el árbitro le facilitará un **“Parte de comunicación de accidente personal”** que está numerado, firmado y sellado por el Instituto Municipal del Deporte de Cádiz.
3. La cumplimentación del **“Parte de Comunicación de Accidentes”** corresponde al **“responsable del equipo del accidentado”** quien firmará como responsable/tutor del menor y deberá Poner en conocimiento de MAPFRE el accidente, llamando al Centro de Atención 24 horas: **Teléfono 902 136 524**. El accidente debe de ser comunicado inmediatamente después de su ocurrencia.
4. En la comunicación deberá facilitarse:
 - Datos personales del lesionado.
 - Fecha y forma de ocurrencia.
 - Daños físicos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención (MAPFRE) facilitará un **número de expediente, que deberá de ser anotado en el encabezamiento del parte.**

4. El lesionado debe acudir al **Centro Médico concertado** aportando el **“Parte de Comunicación de Accidentes”**. Es imprescindible para recibir asistencia que en el parte conste **el número de expediente** facilitado por MAPFRE.
5. En los casos de **URGENCIA VITAL** el lesionado podrá recibir asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. **MAPFRE 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 a un Centro Médico Concertado para continuar su tratamiento.
6. En caso de permanencia en centro médico NO CONCERTADO, MAPFRE no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.
7. Aunque el árbitro registre la incidencia en el acta del partido, el responsable de equipo **deberá comunicar su actuación al Servicio Sanitario – Médico Deportivo del Instituto Municipal del Deporte de Cádiz**, en un plazo no superior a 72 horas (3 días).
8. Para cualquier consulta o duda sobre el expediente abierto, autorizaciones de tratamiento farmacológico, quirúrgico, rehabilitador y/o revisiones médicas, deberá contactar con la compañía aseguradora MAPFRE.

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES

Nº DE PÓLIZA: 055-1580520340

Nº DE EXPEDIENTE: _____

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ D.N.I. _____
PROFESIÓN: _____ EDAD: _____ TELÉFONO: _____ / _____
DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____
POBLACIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA: _____ HORA: _____ LUGAR DE OCURRENCIA: _____
FORMA DE OCURRENCIA: _____
LESIÓN SUFRIDA: _____
¿HA ACUDIDO A ALGÚN CENTRO MÉDICO?: _____ ¿CUÁL? _____
¿HA SIDO ACCIDENTE DE TRABAJO?: No _____ ¿TIENE PÓLIZA DE ACCIDENTES CON OTRA CÍA? _____
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____
¿HA INTERVENIDO ALGUNA AUTORIDAD?: _____ ¿CUÁL? _____
OBSERVACIONES O COMENTARIOS: Durante el desarrollo de los Juegos Deportivos Municipales organizados
por el Instituto Municipal del Deporte del Excmo. Ayuntamiento de Cádiz

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 Ctra. Pozuelo nº 50, 28222 – Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA, 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 declara el contenido cierto de lo arriba manifestado y firma la presente en
Cádiz a _____ de _____ de 2018

Firma del Lesionado
(En caso de menor: Tutor/responsable)

Firma y Sello del representante de la Entidad
Nº Reg.- IMD-JDM 2018-_____

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

- 1) Se cumplimentará en su totalidad este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE SEGUROS GENERALES, a través del nº **902-13.65.24**.
- 2) El lesionado hará entrega del parte en el CENTRO SANITARIO CONCERTADO como condición previa para ser atendido con cargo a la póliza. Será requisito imprescindible que en el mismo conste el nº de **EXPEDIENTE** facilitado por la compañía.
- 3) El CENTRO SANITARIO CONCERTADO deberá acompañar este impreso y el informe médico de urgencias a la factura y dirigirlo a:
MAPFRE SEGUROS GENERALES (C.I.F.: A-28141935)
C/ PASEO DE RECOLETOS Nº 27 – 28004 MADRID
- 4) La realización de intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, pruebas especiales y rehabilitación requiere previa autorización de la Compañía que se ha de solicitar en el:
FAX nº 91-581 25 13
- 5) Salvo casos de **URGENCIA VITAL**, la compañía no asumirá el coste de la asistencia sanitaria no prestada en el CENTRO SANITARIO CONCERTADO indicado en este parte.
- 6) Se le recuerda que en “las instrucciones en caso de accidentes” editadas en la página web del IMD-Cádiz para los Juegos Deportivos Municipales; debe dar comunicación de la apertura de expediente al Servicio Sanitario-Médico Deportivo y/o Casa del Deporte antes de pasada 72 horas (3 días) tras la ocurrencia del accidente.

DOCUMENTO DE RENUNCIA A LA PRESTACIÓN SANITARIA POR EL SEGURO SUSCRITO CON ENTIDAD PRIVADA ANTE ACCIDENTE/LESIÓN EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA DURANTE LOS JUEGOS DEPORTIVOS MUNICIPALES ORGANIZADOS POR EL IMD-CÁDIZ 2018-19

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

D.- _____
Con DNI nº _____, familiar (padre/madre), responsable o Tutor del alumno: _____
del Equipo: _____ del Colegio: _____

Que el día: _____ a las _____ horas participando en los Juegos Deportivos Municipales organizados por el I.M.D.-Cádiz, durante el desarrollo de la competición de la modalidad deportiva: _____ ha sufrido un accidente y/o lesión deportiva, según refiere ocasionado por (rogamos describa la ocurrencia de los hechos):

Y que fue presenciado por*: _____

2. DESCRIPCIÓN DEL DAÑO FÍSICO / LESIÓN

Presentando como daño corporal (descripción; localización corporal y tipo de lesión o sospecha): _____

Y por la cual requiere asistencia sanitaria.

Tras serle informado del procedimiento administrativo que puede adoptar para que se le preste la asistencia sanitaria por el Seguro contratado con Entidad Privada, deja constancia con su firma que DECIDE ACUDIR AL SERVICIO SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ conforme a la legislación vigente en dicha materia (Ley del Deporte en Andalucía 5/2016, de 19 de julio y Decreto 6/2008, del Deporte en Edad Escolar en Andalucía).

Por lo cual renuncia a la asistencia sanitaria en Centro Sanitario concertado y no podrá reclamar los gastos derivados de la prestación sanitaria recibida a la Compañía Aseguradora contratada pudiendo iniciar las acciones jurídicas que crea oportunas.

Asimismo, se le informa que tiene los derechos de acceso, rectificación, oposición y supresión de sus datos de carácter personal conforme a la Ley Orgánica de PDCP 15/1999 y el Reglamento Europeo de protección de datos, dando el consentimiento para el uso de los mismos con fines sanitarios y/o de investigación científica y que en cualquier momento puede modificar/cancelar con solicitud por escrito dirigiéndose a la Casa del Deporte-Juegos Deportivos Municipales del Instituto Municipal del Deporte de Cádiz con domicilio en Avda José León de Carranza sn, 11011 Cádiz o mediante correo electrónico: oficina.imd@sporteulen.com

En Cádiz, a _____ de _____ de 2018

Fdo.- _____