

PROTOCOLO DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE POR LA PRACTICA DEPORTIVA EN LOS JJDD DE LA RIOJA

La Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia a través de su Dirección General del Deporte y del IRJ tiene suscrito un seguro para cubrir el riesgo de accidente deportivo en el ámbito de los Juegos Deportivos de La Rioja para la temporada 2015/16 con la compañía aseguradora MAPFRE Vida, con número de póliza **055-1580472351**. Los deportistas/técnicos, debidamente inscritos, son los beneficiarios de la póliza de accidentes deportivos ocurridos en entrenamientos y/o en competición dentro de los Juegos. Los responsables de la entidad/equipo son los encargados de informar y comunicar todas aquellas atenciones médicas dispensadas a sus deportistas/técnicos. Será responsabilidad de la entidad el atender el abono de aquellos accidentes deportivos que no sigan las indicaciones de este producto.

La vigencia de ésta póliza será de 1 de noviembre a 31 de diciembre de 2015 (ambos inclusive)

PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE:

1. La entidad del deportista/técnico **acudirá preferentemente, y en primera instancia**, al **Centro Médico Adarraga** a través del doctor Vicente Elías. El horario de atención es de 16.30 a 20.30 horas de lunes a viernes. Puede pedir cita a través del teléfono: 941 291100 ext.33625 (09:00 a 14:00 horas) o en el mail: centromedico.adarraga@larioja.org
La consulta tendrá lugar en las instalaciones deportivas Javier Adarraga, en la C/ Camino de las Norias s/n de Logroño. En el caso de que este facultativo valore la derivación del accidentado a un centro concertado, en ese momento el lesionado deberá llamar a la compañía aseguradora y cumplimentar el parte de accidente, tal y como se describe en los puntos sucesivos.
2. Para los casos accidentales en los que la atención necesite ser **inexorablemente** recibida en el mismo día en que se produce, debido a su gravedad, la entidad del deportista/técnico cumplimentará en su totalidad y firmará el parte que se adjunta y comunicará del accidente a MAPFRE Vida en el 902 136 524. Esta llamada generará un número de expediente que se deberá anotar en el parte.
3. Una vez facilitado el número de expediente, el lesionado acudirá al Centro Médico concertado por MAPFRE más cercano al lugar del accidente para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado, cómo condición previa para ser atendido con cargo a la póliza.
4. El centro sanitario deberá acompañar este impreso y el informe médico a la factura, y dirigirlo a:
MAPFRE VIDA- DEPARTAMENTO DE ACCIDENTES
c/ La Rioja nº 3, 3ª planta,
31008 PAMPLONA
5. Las intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, pruebas especiales y rehabilitación requiere autorización previa de la compañía que se debe solicitar al fax **91 700 30 73** o daper.mapgen@mapfre.com. Salvo en los casos de urgencia vital, la compañía no asumirá el coste de asistencia sanitaria no prestada en Centro Concertado.

RELACION DE CLINICAS CONCERTADAS EN LA RIOJA

| COMUNIDAD | PROVINCIA | LOCALIDAD | C.P. | NOMBRE | DIRECCION | TELEFONO | HORARIO |
|-----------|-----------|-----------|-------|------------------------------------|-----------------------------|-----------|--|
| LA RIOJA | LA RIOJA | LARDERO | 26140 | CLINICA LOS MANZANOS | Avda. Hnos. Maristas | 941499490 | 24 horas |
| LA RIOJA | LA RIOJA | HARO | 26200 | GABINETE MEDICO OLARTE Y GRANDIVAL | C/Lucrecia Arana 10 | 941310456 | 9.30-13 / 17-20 horas |
| LA RIOJA | LA RIOJA | CALAHORRA | 26500 | AGRUPACION MEDICA CALAHORRA | Pza. Diego Camporredondo, 7 | 941131900 | L-V: 8-13.30 / 15.30-21 horas S: 9-12 horas |

| | |
|-----------------------------|--|
| TOMADOR | La Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia de La Rioja |
| Nº DE POLIZA | 055-1580472351 |
| Nº DE EXPEDIENTE (1) | |

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte del tomador al tel. **902-136524**

| | | |
|---------------------------|------------|-------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS | DNI | EDAD |
|---------------------------|------------|-------------|

| | |
|------------------|------------------|
| DOMICILIO | LOCALIDAD |
|------------------|------------------|

| | | |
|------------------|-------------|-----------------|
| PROVINCIA | C.P. | TELÉFONO |
|------------------|-------------|-----------------|

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

| | | |
|---|---------------|-------------|
| D. | Con D.N.I. nº | en nombre y |
| representación del tomador de la póliza, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación: | | |

| | |
|-----------------------------|--|
| LUGAR DE OCURRENCIA: | |
|-----------------------------|--|

| | |
|------------------|-----------------|
| DOMICILIO | TELÉFONO |
|------------------|-----------------|

| |
|----------------------------|
| FECHA DE OCURRENCIA |
|----------------------------|

| |
|----------------------------|
| FORMA DE OCURRENCIA |
|----------------------------|

| |
|------------------------------|
| ATENCIÓN SANITARIA EN |
|------------------------------|

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, 28220 – Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., 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.

Firma del lesionado,

Firma y Sello del Responsable de la Entidad,