

## ¿Qué hacer en caso de ACCIDENTE?

La asistencia médica garantizada en la póliza, será prestada por Centros Médicos o Facultativos concertados por ASEFA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Para que el federado pueda acceder a la asistencia médica garantizada, es imprescindible realizar los siguientes trámites:

1º Cumplimentar el "Parte de comunicación de Accidentes", que deberá ser firmado y sellado por Federación, Club o Entidad Deportiva correspondiente.

*Es totalmente imprescindible que el parte de accidentes vaya totalmente cumplimentado en todos sus apartados tal como se indica en el impreso adjunto, además de constar el timbre de la federación, Club o Entidad Deportiva, y la firma del federado.*

2º Comunicar al Centro de Asistencia el accidente, llamando al número de teléfono de Asistencia de ASEFA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A 902 11 66 66 (24 horas, 365 días/año). En dicha comunicación se deberá facilitar la siguiente información:

- Indicación de la Federación a que pertenece.
- Número de licencia federativa.
- Datos personales del lesionado federado.
- Fecha de ocurrencia del accidente, descripción de lo acontecido.
- Daños personales sufridos como consecuencia del accidente.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Asistencia indicará al federado el centro concertado más cercano, donde interesa acudir, a fin de recibir una mejor atención.

### 3º ASISTENCIA MEDICA EN CENTROS CONCERTADOS

Si el Centro o profesional sanitario es concertado por ASEFA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., el federado lesionado acudirá al mismo aportando "Parte de Comunicación de Accidentes" debidamente cumplimentado, la ficha federativa. Esta documentación deberá ser presentada en un plazo máximo de 48 horas. En los Centros médicos concertados, el federado lesionado no tiene que realizar ningún pago por la prestación de los servicios.

Si se precisa de visitas médicas sucesivas o de sesiones de rehabilitación, o de cualquier otro acto médico relacionado con el accidente deportivo, en el teléfono 902 11 66 66 les indicarán los centros concertados más próximos al domicilio del accidentado.

### 4º ASISTENCIA MEDICA EN CENTROS NO CONCERTADOS

Si el accidentado acude a un centro hospitalario no concertado por la Compañía Aseguradora, éste tendrá que abonar las facturas derivadas de la asistencia médica y solicitar un informe médico en el que debe constar diagnóstico y tratamiento efectuado.

Estos documentos se tendrán que conservar, así como las facturas y los recibos originales de los pagos efectuados. Posteriormente se deberá informar al teléfono 902 11 66 66 donde les indicarán los trámites necesarios que hay que realizar para el reintegro de los importes liquidados, **exclusivamente hasta el límite contratado para este supuesto. El capital establecido en centros ajenos es la cantidad máxima que pagará el Asegurador.**

5º En caso de **URGENCIA VITAL**, el federado lesionado podrá recibir asistencia médica de urgencia en el centro sanitario más próximo. El seguro sólo 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 deportivo.

En este caso, el Federado lesionado podrá acudir al centro médico sin presentar el parte de accidentes. En el momento que sea posible, el federado, allegados a él o el Centro médico deberán comunicar a la Federación correspondiente el hecho accidental y ésta deberá rellenar el parte y remitirlo inmediatamente a la Aseguradora.

Una vez superada la primera asistencia de urgencia, el lesionado deberá ser trasladado al centro **CONCERTADO** más próximo. En caso de permanencia en el centro **NO CONCERTADO**, el seguro no se hará cargo del pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE PARA FEDERACIONES  
( DECLARACIÓN DEL FEDERADO )

FEDERACIÓN (TOMADOR) (nombre y nº de póliza)		
<b>DATOS DEL LESIONADO / FEDERADO</b>		
Nombre y Apellidos		
NIF	EDAD	
DOMICILIO		
Provincia	Código Postal	Teléfono
Nº LICENCIA FEDERATIVA		
MODALIDAD DE SEGURO	Indicar la modalidad contratada: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TEMPORAL	
<b>DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE</b>		
LUGAR DE OCURRENCIA		
DOMICILIO	TELÉFONO	
FECHA DE OCURRENCIA		
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE Y LUGAR DE OCURRENCIA		
ATENCIÓN SANITARIA EN: (Centro o profesional sanitario)		
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES		

El perjudicado del siniestro anterior en esta descripción 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 ocasionado en su persona, la cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponde y el pago del importe de la referida indemnización. Asimismo **acepta** que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente, aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como el tomador de la póliza del seguro 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 accesible a terceros para finalidades distintas para la que han sido autorizados.

El fichero creado esta ubicado en Asefa SA, Seguros y Reaseguros, bajo la supervisión de Asefa SA, Seguros y Reaseguros, 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, del 13 de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

Fecha y Firma del Lesionado

Firma y sello representante de  
FEDERACIÓN, Club, Entidad Deportiva

Fax: XXXXXXXXXX  
Teléfono 902 11 66 66



CENTRO	TELEFONO	LOCALIDAD	PROVINCIA
HOSPITAL DE BASURTO	944418700	BILBAO	BIZKAI A
HOSPITAL DE CRUCES	944850066	BARAKALDO	BIZKAI A
HOSPITAL DE GALDAKAO	944007000	GALDAKAO	BIZKAI A
HOSPITAL DE SANTA MARINA	944006910	BILBAO	BIZKAI A
CLINICA SAN SEBASTIAN	944755000	DEUSTO	BIZKAI A
CLINICA VIRGEN BLANCA	944127011	BILBAO	BIZKAI A
CLINICA GUIMON	944215200	BILBAO	BIZKAI A
CLINICA SAN GABRIEL	944232109	BILBAO	BIZKAI A
CLINICA INDAUTXU	944445012	BILBAO	BIZKAI A
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	944939900	SANTURTZI	BIZKAI A
HOSPITAL DE SAN ELOY	944375300	BARAKALDO	BIZKAI A
SANATORIO BILBAINO	944430150	BILBAO	BIZKAI A
HOSPITAL DE ZALDI BAR	946032800	ZALDI BAR	BIZKAI A
POLICLINICA SAN ANTONIO	944270060	BILBAO	BIZKAI A
HOSPITAL VICTORIA EUGENIA CRUZ ROJA	944434792	BILBAO	BIZKAI A
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL	945253600	VICTORIA-GASTEIZ	ARABA
POLICLINICA SAN JOSE	945140000	VICTORIA-GASTEIZ	ARABA
HOSPITAL DE LEZA	945006900	LAGUARDIA	ARABA
HOSPITAL TXAGORRI TXU	945007000	VICTORIA-GASTEIZ	ARABA
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	943460033	DONOSTIA	GIPUZKOA
POLICLINICA GIPUZKOA	943002800	DONOSTIA	GIPUZKOA
HOSPITAL COMARCAL DE BIDASOA	943007700	IRUN	GIPUZKOA
HOSPITAL COMARCAL DE MENDARO	943032800	MENDARO	GIPUZKOA
HOSPITAL COMARCAL DE ALTO DEBA	943035300	MONDRAGON	GIPUZKOA
CLINICA STA MARIA DE LA ASUNCION	943675799	TOLOSA	GIPUZKOA
HOSPITAL RICARDO BERMI NGHAN	943317100	DONOSTIA	GIPUZKOA
HOSPITAL DE GUIPUZCUA	943006000	DONOSTIA	GIPUZKOA
HOSPITAL DE AMARA	943007400	DONOSTIA	GIPUZKOA
HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA	943316610	DONOSTIA	GIPUZKOA
HOSPITAL DE ZUMARRAGA	943035000	ZUMARRAGA	GIPUZKOA
CLINICA EL PILAR	943327020	DONOSTIA	GIPUZKOA
HOSPITAL Nª SEÑORA DE ARANZAZU	943007000	DONOSTIA	GIPUZKOA
HOSP. COMARCAL NTRA SRA DE LA ANTIGUA	943035000	ZUMARRAGA	GIPUZKOA
CLINICA QUIRON	943437100	DONOSTIA	GIPUZKOA