

## ANEXO II.- PARTE DE LESIONES. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE POR LA PRÁCTICA DEPORTIVA

### **Asistencia directa a Centro Concertado de Urgencias**

#### **A.- PRIMERA ASISTENCIA CON MOTIVO DE UN ACCIDENTE INCLUIDO EN LAS COBERTURAS DE LA POLIZA DE ACCIDENTES**

El asegurado que, por motivo de un accidente incluido en las coberturas de la póliza, requiera asistencia de urgencia, en el mismo momento de haberse producido el accidente, deberá de llamar al número de teléfono 937065225 donde se le indicará el Centro más próximo donde acudir, y donde deberá identificarse por medio de:

- Su licencia vigente
- Su D.N.I. (mayores de edad o si lo posee siendo menor)

En caso de que el accidente haya ocurrido con unos días de antelación, el asegurado deberá llamar al número de teléfono 937065225 donde se le indicará a que Centro Sanitario debe acudir para ser atendido, debiendo identificarse por medio de:

- Su licencia Vigente
- Su D.N.I. (mayores de edad o si lo posee siendo menor)
- Parte de Accidentes

#### **Si requiere ingreso o intervención quirúrgica urgente e inmediata.**

Recibida la primera asistencia, si se requiere ingreso o intervención urgente de manera inmediata, **el centro sanitario de urgencia** solicitará el traslado del asegurado llamando al teléfono 937065225. El traslado será realizado a uno de los Centros Concertados por la Compañía.

El asegurado deberá de aportar la siguiente documentación

- informe médico indicando diagnóstico, descripción de la asistencia recibida
- prescripción de la asistencia necesaria,
- copia de su D.N.I. (mayores de edad o si lo posee siendo menor)
- licencia vigente

#### **B.- CUMPLIMENTACION DEL PARTE DE ACCIDENTE**

En cualquiera de los casos anteriores, el asegurado o alguien en su nombre, cumplimentará el correspondiente parte de Accidente, DENTRO DE LAS PRIMERAS 48 HORAS SIGUIENTES A HABERSE PRODUCIDO EL ACCIDENTE.

El impreso de parte de accidente será facilitado según los casos, por el club al que pertenece el asegurado, Centro Hospitalario o la Delegación de FIATC de la zona.

A dicho parte, el accidentado o alguien en su nombre deberá acompañar:

- Su D.N.I (mayores de edad o si lo posee siendo menor)
- Si ha recibido una primera asistencia de urgencias, informe médico indicando

diagnóstico, descripción de la asistencia recibida y prescripción de posterior asistencia necesaria

- Licencia vigente

Una vez cumplimentado el Parte de Accidente (**incluido la firma y sello del club o Agrupación, según el caso**) este, junto con el resto de documentación, será remitido por email a [autorizaciones.federaciones@fiatc.es](mailto:autorizaciones.federaciones@fiatc.es)

### **C.- SOLICITUDES DE CONTINUIDAD DE ASISTENCIA, DESPUÉS DE LA URGENCIA O DE LA PRIMERA VISITA NO URGENTE**

Si como consecuencia de una primera atención, en el criterio de los facultativos que atendieron al asegurado, se requiere nueva asistencia (exploraciones complementarias, rehabilitación, visitas sucesivas, etc.), una vez cumplimentado y presentado el parte de accidente, para tener acceso a dicha asistencia, el asegurado deberá solicitar la oportuna autorización en las oficinas de la sucursal de FIATC que corresponda, por email [autorizaciones.federaciones@fiatc.es](mailto:autorizaciones.federaciones@fiatc.es), o en persona, en horario de lunes a viernes, de 9 a 14 horas.

Para solicitar dicha autorización, el asegurado deberá aportar:

- Copia del parte de accidente presentado en su momento
- D.N.I (mayores de edad o si lo posee siendo menor)
- Prescripción Médica
- Licencia vigente

Una vez obtenida la autorización, el asegurado podrá acudir al profesional o centro concertado, para recibir la asistencia prescrita.

Ante nuevos requerimientos de asistencia no incluidos en las autorizaciones emitidas, se deberá de repetir este proceso tantas veces como sea preciso.

### **D.- EN RESUMEN**

#### **ANTE LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE:**

- 1.- Si requiere asistencia urgente, llame a los teléfonos (+34) 915 149 900 ó (+34) 932 001 819, tenga su licencia vigente y su DNI, pues le será solicitado en dicho centro.
- 2.- Después de realizar la asistencia, solicite un informe médico de la asistencia recibida.
- 3.- Con este informe, cumplimente el Parte de Accidente, dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del accidente.
- 4.- Envíe el parte de accidentes y el informe médico por email a [autorizaciones.federaciones@fiatc.es](mailto:autorizaciones.federaciones@fiatc.es) .

**Y, ante cualquier problema o consulta, llame al  
937065225. Es su teléfono amigo y está para  
ayudarle a resolver cualquier problema que pueda  
Ud. tener relativo a su accidente.**



**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES  
ASISTENCIA DIRECTA A CENTRO CONCERTADO**

CLUB Nº DE EXPEDIENTE	FEDERACIÓ CATALANA D'ESPORTS D'HIVERN – Licencia de Competició/Técnicos y Monitores
	57/64

**DATOS DEL LESIONADO**

NOMBRE Y APELLIDOS _____	DNI _____	EDAD _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELÉFONO _____

**CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**

LUGAR DE OCURRENCIA: _____	CLUB : _____
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 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 indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de 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 accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero creado está ubicado en FIATC, bajo la supervisión y control de FIATC., 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  
Entidad

Firma y Sello del representante de la

Teléfono de asistencia: 93 706 52 25

**ANTE LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE:**

- 1.- Ante la ocurrencia de un accidente, si requiere asistencia urgente, diríjase Clínica Diagonal o al que se le haya indicado si está fuera de Barcelona. Tenga su tarjeta identificativa FIATC y su DNI a mano (mayores de edad), pues le será solicitado en dicho centro.
- 2.- Después de recibida la asistencia, solicite un informe médico de la asistencia recibida.
- 3.- Con este informe, cumplimente el Parte de Accidente, dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del accidente.
- 4.- Entregue el parte de accidentes, el informe médico y el acta del partido en la sucursal FIATC más cercana o por email a [autorizaciones.federaciones@fiatc.es](mailto:autorizaciones.federaciones@fiatc.es) o por fax 93.280.46.49.

**Y, ante cualquier problema o consulta, llame al 937065225.  
Es su teléfono amigo y está para ayudarle a resolver cualquier  
problema que pueda Ud. tener relativo a su accidente.**