

**CONTRATO DE SEGURO  
DE ACCIDENTES PERSONALES**

**PARA LA**

**FEDERACION CASTILLA LA MANCHA TAEKWONDO**

**POLIZA NUMERO:**

**055-1480037213**

Domicilio Social: Carretera de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda Madrid (ESPAÑA)

TELEFONO: 918 366 224

Registro Mercantil de Madrid. Hoja M-7499, Tomo 383, Folio 50.

C.I.F. A/28229599

**CONDICIONES PARTICULARES**

**SEGURO**

**ACCIDENTES COLECTIVOS**

MODALIDAD: SEGURO OBLIGATORIO DEPORTIVO (S.O.D.) (AC6)

Póliza n° 055-1480037213 Sptó. n° 07 Reemplaza a la póliza n°: 055-1380612037

Vigencia de la póliza: Efecto: desde las 12 horas del 01/01/2021  
Vencimiento: a las 12 horas del 01/01/2022  
Duración: ANUAL PRORROGABLE  
Forma de pago: TRIMESTRAL con vencimientos 01-ENE.ABR.JUL.OCT.  
Revalorización convenida: Sin revalorización Índice: 0.0

Tomador del seguro: FEDERACION CASTILLA LA MANCHA TAEKWONDO  
CIF: V13100037 TELEFONO: 999000000  
CL POZO DULCE N° 2  
13001 CIUDAD REAL

\*.PRIMA TOTAL ANUAL DEL SEGURO, INCLUIDO SEGURO DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS (R.D. 300/2004)..... 35.150,15 EUROS

Período primer recibo: Desde **/**/**** hasta **/**/****		Moneda: EUROS				
	Prima neta	Impuestos	Recargo	Consortio	Bonificación	Prima Total
Importe del recibo	32.487,00	2.647,69	0,00	15,46	0,00	35.150,15
Recibo sucesivo	***,***,	***,***,	***,***,	***,***,	***,***,	35.150,15

**Domiciliación de recibos**

CCSE: 30810602 54 2962289324  
EUROCAJA RURAL SDAD.COOP.DE CREDITO  
DE LAS NIEVES, 23

El tomador autoriza a MAPFRE a emitir el correspondiente recibo de prima para su cobro a través de la entidad bancaria y por cualquiera de los medios de pago al efecto indicados o que posteriormente comunique a MAPFRE en cualquier momento.

CIUDAD REAL

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA: El tomador autoriza a MAPFRE a realizar los cobros mediante el cargo en la cuenta de pago indicada o la que posteriormente comunique a MAPFRE en cualquier momento de todos los recibos que resulten de la presente póliza de seguro. Igualmente, autoriza a su proveedor de servicios de pago para adeudar los importes correspondientes a dichos recibos.

**Dirección de envío de correspondencia**

FEDERACION CASTILLA LA MANCHA TAEKWONDO  
CL POZO DULCE N° 2  
13001 CIUDAD REAL

LA COMPAÑIA Y EL TOMADOR DEL SEGURO A EFECTOS DEL CONTRATO, SE REMITIRAN A LA PERSONA Y DOMICILIO INDICADO EN EL APARTADO CORRESPONDIENTE A DATOS DE CORRESPONDENCIA

Claves entidad: 03 45 6160 AG.: 5200054 \*NAN Ref.: CN2110636555003

MEDIADOR: CAJA RURAL DE CASTILLA-LA MANCHA MEDIACION OPERADOR BANCA SEGU

- \* ACTIVIDAD DEL COLECTIVO.....: FEDERACION TAEKWONDO DE CASTILLA LA MANCHA
- \* NUMERO DE ASEGURADOS.....: 1785
- \* SISTEMA DE IDENTIFICACION....: RELACION NOMINAL DE ASEGURADOS (VER ANEXO)

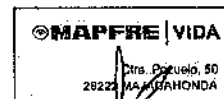
En CIUDAD REAL a 16 de ABRIL de 2021

MAPFRE VIDA

EL TOMADOR DEL SEGURO,



0034505514800372130078



*[Handwritten signature]*

Domicilio Social: Carretera de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda Madrid (ESPAÑA)  
TELEFONO.....: 918 386 224  
Registro Mercantil de Madrid. Hoja M-7499, Tomo 383, Folio 50.  
C.I.F. A/28229599

**CONDICIONES PARTICULARES**  
**SEGURO**  
**ACCIDENTES COLECTIVOS**  
MODALIDAD: SEGURO OBLIGATORIO DEPORTIVO (S.O.D.) (AC6)

Póliza n° 055-1480037213 Spto. n° 07

\* COBERTURA.....: SEGURO OBLIGATORIO DEPORTIVO (R.D. 849/93 DE 4 DE JUNIO)

\* GARANTIAS Y SUMAS ASEGURADAS POR PERSONA:

FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.....:	6.015,00 EUROS
INVALIDEZ PERMANENTE SEGUN BAREMO, HASTA ....:	12.025,00 EUROS
GASTOS SANITARIOS.....:	INCLUIDOS, SEGUN R.D. 849/93

\* PRIMAS ANUALES:

PRIMA NETA POR ASEGURADO.: 18,20 EUROS  
PRIMA NETA DEL GRUPO.....: 32.487,00 EUROS  
PRIMA TOTAL DEL COLECTIVO: 35.150,15 EUROS ( INCLUIDO SEGURO DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS , R.D. 300 / 2004 ).

\* OTRAS ESTIPULACIONES:

- LOS BENEFICIARIOS A EFECTOS DE LA GARANTIA DE FALLECIMIENTO SON, POR ORDEN PREFERENTE, EL CONYUGE, LOS HIJOS, LOS PADRES O LOS HEREDEROS LEGALES DEL ASEGURADO.
- SISTEMA DE REGULARIZACION.: RELACION NOMINAL
- PERIODO DE REGULARIZACION.: ANUAL

\* OBSERVACIONES Y CLAUSULAS APLICABLES:

EN NINGUN CASO LAS PRESTACIONES OTORGADAS POR LA POLIZA VIENEN A ASEGURAR MEJORAS VOLUNTARIAS DEL REGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL , POR LO QUE AL CONTRATO DE SEGURO NO LE SERA DE APLICACION LO DISPUESTO EN EL ART.156 DEL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, APROBADO POR EL REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/1994, DE 20 DE JUNIO.

AC02.- SEGUROS DE GRUPO

Gastos Sanitarios: queda incluido en la garantía de Asistencia Sanitaria, y dentro de los límites establecidos en la misma, los siniestros producidos por LESIONES ACCIDENTALES NO TRAUMATICAS.

Se entiende por lesión accidental no traumática, las que se deriven de una causa violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado, quedando excluidas las patologías degenerativas y las que aun estando latentes se manifiesten de forma súbita.

\* \* \*  
\* \* \*  
\* \* \*  
\* \* \*  
\* \* \*  
\* \* \*  
\* \* \*

EN CIUDAD REAL A 16 DE ABRIL DE 2021

MAPFRE VIDA.

EL TOMADOR DEL SEGURO,



*[Handwritten signature]*

Domicilio Social: Carretera de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda Madrid (ESPAÑA).

TELÉFONO: 918 366 224

Registro Mercantil de Madrid. Hoja M-7499, Tomo 383, Folio 50.

C.I.F. A/28229599

MODALIDAD: SEGURO OBLIGATORIO DEPORTIVO (S.O.D.) (AC6)

**CONDICIONES PARTICULARES****SEGURO****ACCIDENTES COLECTIVOS**

Póliza n° 055-1480037213

Spto. n° 07

Mediante la firma del presente contrato el TOMADOR DEL SEGURO:

\* Reconoce expresamente que, con anterioridad a la celebración de este contrato, la aseguradora le ha facilitado la información referente a la legislación aplicable al mismo y las diferentes instancias de reclamación.

\* Declara conocer y Acepta expresamente las Condiciones Generales del Contrato (Modelo ACC-PERS-18-1), de las que en este acto reconoce recibir un ejemplar, y, en consecuencia, las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado, que se resaltan en negrita en el referido documento.

Las partes acuerdan que un tercero archive las comunicaciones que se hagan entre sí las partes y consigne su fecha y hora. La designación del mismo será comunicada al tomador mediante SMS al número de teléfono o fax o a la dirección de correo electrónico facilitado por éste en la Póliza y se considerará aceptada a la recepción de la comunicación por el tomador, con la intervención de dicho tercero de confianza.

De conformidad con lo establecido en el artículo 122 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el tomador asume la obligación de entregar a los asegurados la información que afecte a sus derechos y obligaciones de forma previa a su adhesión al contrato.

**TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES****INFORMACION BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS**

RESPONSABLE: MAPFRE VIDA

FINALIDADES: Gestión del contrato de seguro, elaboración de perfiles para el adecuado desarrollo del contrato de seguro, gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE y envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios del Grupo MAPFRE.

LEGITIMACION: Ejecución del contrato y consentimiento del interesado.

DESTINATARIOS: Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional.

DERECHOS: Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.

INFORMACION ADICIONAL: Puede consultar la Información Adicional de Protección de Datos incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPERCLIPART01401ESES02>.

El Tomador/Asegurado/Afectado queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE VIDA, directamente o a través de su mediador, y los que se obtengan de médicos y prestadores de servicios sanitarios o mediante grabación de conversaciones telefónicas, o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPERCLIPART01401ESES02>.

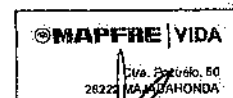
EN CIUDAD REAL A 16 DE ABRIL DE 2021

MAPFRE VIDA

EL TOMADOR DEL SEGURO,



0034505514800372130078



Domicilio Social: Carretera de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda Madrid (ESPAÑA)  
TELEFONO.....: 918 366 224  
Registro Mercantil de Madrid. Hoja M-7499, Tomo 383, Folio 50.  
C.I.F. A/28229599

CONDICIONES PARTICULARES  
SEGURO  
ACCIDENTES COLECTIVOS  
MODALIDAD: SEGURO OBLIGATORIO DEPORTIVO (S.O.D.) (AC6)

Póliza n° 055-1480037213

Spto. n° 07

El Tomador/Asegurado/Afectado consiente a su vez, la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan con MAPFRE VIDA por razón del contrato de seguro.

MAPFRE VIDA podrá consultar sus datos en ficheros sobre cumplimiento e incumplimiento de obligaciones dinerarias o de prevención del fraude.

En caso de que los datos facilitados se refieran a terceras personas físicas distintas del Tomador/Asegurado/Afectado, éste garantiza haber recabado y contar con el consentimiento previo de los mismos para la comunicación de sus datos y haberles informado, con carácter previo a su inclusión en el presente documento, de las finalidades del tratamiento, comunicaciones y demás términos previstos en el mismo y en la Información Adicional de Protección de Datos.

El Tomador/Asegurado/Afectado declara que es mayor de dieciocho años. De igual modo, en caso de que los datos que proporcione sean de menores de edad, como padre/madre o tutor del menor, autoriza expresamente el tratamiento de dichos datos incluidos, en su caso, los relativos a la salud, para la gestión de las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPLICPART01401ESES02>.

El Tomador/Asegurado/Afectado garantiza la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados, comprometiéndose a mantenerlos debidamente actualizados y a comunicar a MAPFRE VIDA cualquier variación que se produzca en los mismos. Del mismo modo autoriza a MAPFRE VIDA a solicitar o verificar de los médicos y prestadores de servicios sanitarios los datos y antecedentes de salud necesarios para garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato y la satisfacción de sus intereses legítimos.

[ ] Vd. puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal por MAPFRE VIDA para el envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios de MAPFRE VIDA, de las distintas entidades del Grupo MAPFRE, así como de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa del Grupo MAPFRE haya suscrito acuerdos de colaboración, en cuyo caso no podremos informarle de los descuentos, obsequios, promociones y otras ventajas asociadas a los planes de fidelización de Grupo MAPFRE.

En todo caso, el consentimiento para el tratamiento de sus datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos mencionados en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos, incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPLICPART01401ESES02>.

Este DUPLICADO carece de validez si no está al corriente de pago.

EN CIUDAD REAL A 16 DE ABRIL DE 2021

MAPFRE VIDA

EL TOMADOR DEL SEGURO,



0034505514800372130078



POLIZA N° 055-1480037213

**CONDICIONES ESPECIALES DEL CONTRATO DE SEGURO  
DE ACCIDENTES PERSONALES PARA LA  
FEDERACION CASTILLA LA MANCHA TAEKWONDO**

**DURACION:** ANUAL PRORROGABLE

**VIGENCIA:** 01/01/2021 AL 01/01/2022

**TOMADOR DEL SEGURO**

FEDERACION CASTILLA LA MANCHA TAEKWONDO  
CIF: V13100037  
CL POZO DULCE N° 2  
13001 CIUDAD REAL

**I.- ASEGURADOS**

Tendrán la condición de asegurados los deportistas federados de la:

**FEDERACION CASTILLA LA MANCHA TAEKWONDO**

ya sean amateurs, entrenadores, delegados o técnicos, que tengan licencia federativa anual al corriente de pago.

**II. OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO**

Accidentes sufridos por los asegurados con motivo de la práctica deportiva, en los términos previstos por el **R.D. 849/1993, de 4 de junio.**

Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado, sobrevenida por el hecho u ocasión de la práctica deportiva.

Dentro de las garantías del seguro se incluyen los accidentes corporales por lesiones ocurridas en competiciones, durante el partido y calentamiento, en entrenamientos organizados por los clubes, e incluso in itinere.

## GARANTIAS Y CAPITALES

### Fallecimiento Accidental:

- Como consecuencia de accidente deportivo: 6.015,00 EUROS
- Para los menores de 14 años (en concepto de gastos de sepelio): 3.010,00 EUROS
- Cuando se produzca durante la práctica deportiva pero sin causa directa con la misma: 1.805,00 EUROS

### Invalidez Permanente Baremo (indemnización por secuelas):

Como consecuencia de accidente deportivo (hasta un máximo de): 12.025,00 EUROS  
En la aplicación del baremo de lesiones registrarán los siguientes principios:

Los tipos de invalidez no especificados expresamente se indemnizarán conforme al Real Decreto 1971/1999 de 23 de Diciembre (B.O.E. 26.1.2000)

**Si con anterioridad al accidente algún miembro u órgano presentara amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.**

**Con respecto a los dedos, únicamente se considerará invalidez permanente la pérdida anatómica total de cada una de las falanges, y la indemnización se establecerá de la siguiente forma:**

- Por la pérdida de una falange del dedo pulgar o del dedo gordo del pie: el 50%.
- Por la pérdida de una falange de cualquier otro dedo: el 33%

**Ambas fracciones se aplicarán sobre los porcentajes establecidos para la pérdida total del dedo respectivo.**

**El acortamiento de una pierna en menos de 5 centímetros no dará lugar a indemnización.**

**Cuando las lesiones afecten al miembro superior no dominante, el izquierdo de un diestro o viceversa, los porcentajes de indemnización sobre el mismo deben ser reducidos en un 15 por 100.**

**Las limitaciones y pérdidas anatómicas de carácter parcial se indemnizarán proporcionalmente respecto a la pérdida absoluta del miembro u órgano afectado. La impotencia funcional absoluta de un miembro u órgano será considerada como pérdida total del mismo.**

**La suma de diversos porcentajes parciales, referidos a un mismo miembro u órgano, no podrá superar el porcentaje de indemnización establecido para la pérdida total del mismo.**

**La acumulación de todos los porcentajes de invalidez, derivados del mismo accidente, no dará lugar a una indemnización superior al 100 por 100.**

**Cuando en las Condiciones Particulares se haya pactado alguna franquicia, no se indemnizarán los tipos de invalidez que, aislados o en conjunto, no superen el porcentaje establecido al efecto. Si el porcentaje indemnizable es superior no se efectuará deducción por tal concepto.**

### BAREMO DE LESIONES

<b>Cabeza y sistema nervioso</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Síndrome subjetivo por traumatismo craneal con alteraciones de carácter	5 %
Enajenación mental permanente, máximo del	100 %
Epilepsia en su grado máximo	60 %
Ceguera absoluta	100 %
Pérdida de un ojo o de la visión del mismo, si se ha perdido con anterioridad el otro	70 %
Pérdida de un ojo conservando el otro o disminución a la mitad de la visión binocular	25 %
Catarata traumática bilateral operada	20 %
Catarata traumática unilateral operada	10 %
Sordera completa	50 %
Sordera total de un oído, habiendo perdido el otro con anterioridad	30 %
Sordera total de un oído	15 %
Pérdida total del olfato o del gusto	5 %
Mudez absoluta con imposibilidad de emitir sonidos coherentes	70 %
Ablación de la mandíbula inferior	30 %
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares	15 %
<b>Columna vertebral</b>	
Paraplejía	100 %
Tetraplejía	100 %
Limitaciones de movilidad a consecuencia de fracturas vertebrales, sin complicaciones neurológicas ni deformaciones graves de columna: 3 por 100 por cada vértebra afectada, máximo del	20 %
<b>Tórax y abdomen</b>	
Pérdida de un pulmón o reducción al 50 por 100 de la capacidad pulmonar	20 %
Nefrectomía	10 %
Ano contra natura permanente	20 %
Esplenectomía	5 %
<b>Miembros superiores</b>	
Amputación de un brazo a nivel del hombro	70 %
Amputación de un brazo al nivel del codo o por encima de éste	65 %
Amputación de un brazo por debajo del codo	60 %
Amputación de una mano al nivel de la muñeca	55 %
Amputación total de cuatro dedos de una mano	50 %
Amputación total de un dedo pulgar	20 %
Amputación total de un dedo índice	15 %
Amputación total de cualquier otro dedo de una mano	5 %
Pérdida total del movimiento de un hombro	25 %
Pérdida total del movimiento de un codo	20 %
Parálisis total del nervio radial, del cubital o del mediano	25 %
Pérdida total del movimiento de una muñeca	20 %
<b>Pélvis y miembros inferiores</b>	
Pérdida total del movimiento de una cadera	20 %
Amputación de una pierna por encima de la articulación de la rodilla	60 %
Amputación de una pierna conservando la articulación de la rodilla	55 %
Amputación total de un pie	50 %
Amputación parcial de un pie conservando el talón	20 %
Amputación total de un dedo gordo	10 %
Amputación de cualquier otro dedo de un pie	5 %
Acortamiento de una pierna superior a 5 cm.	10 %
Parálisis total del ciático poplíteo externo	15 %
Pérdida total del movimiento de una rodilla	20 %
Pérdida total del movimiento de un tobillo	15 %
Dificultades graves en la deambulación subsiguiente a la fractura de uno de los calcáneos	10 %



**Asistencia Sanitaria:**

Como consecuencia de accidente deportivo con las siguientes condiciones:

- Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica (en régimen hospitalario) y sanatorial, en accidentes ocurridos en territorio nacional, durante un período de 18 meses y en cuantía **ILIMITADA.**
- Los tratamientos de rehabilitación necesarios a consecuencia de un accidente cubierto en la póliza, durante un periodo de dieciocho meses a partir de la fecha de ocurrencia del accidente, y en cuantía **ILIMITADA.**
- Gastos de traslado o evacuación desde el lugar del accidente hasta el ingreso definitivo en un hospital concertado, dentro del territorio nacional, hasta un máximo de **6.015 Euros**

No obstante, regirán las siguientes limitaciones:

- Material ortopédico necesario como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza (no prevención) **70 % de su coste.**
  - Gastos de odonto-estomatología necesarios a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza: **245 Euros .**
- Asistencia sanitaria prestada fuera de territorio español: **6.015 Euros.**

**Las prestaciones derivadas de ésta garantía serán efectuadas por profesionales o proveedores designados por la Compañía, en caso contrario, el Asegurado asumirá a su cargo los gastos ocasionados.** Si bien la Compañía abonará íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia o primeros auxilios, durante las 24 horas siguientes a la ocurrencia del accidente, con independencia de quién los preste:

**RIESGOS EXCLUIDOS**

Se considerarán accidentes excluidos, y no serán atendidos por la Aseguradora, los ocurridos en las siguientes circunstancias:

- 1) Provocación intencionada por parte del Asegurado.
- 2) Las consecuencias o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.
- 3) La utilización, como pasajero o tripulante, de helicópteros y medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros.
- 4) Tirones, roturas o desgarros musculares, lumbalgias, cervicalgias, y hernias de cualquier naturaleza, siempre que no se ajusten a lo previsto en el Real Decreto 849/93.
- 5) Accidentes sufridos por estar embriagado o bajo los efectos de drogas, tóxicos o estupefacientes, siempre que estas circunstancias hayan sido causa determinante del accidente. Se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre sea superior a la determinada legalmente en el momento de ocurrencia del siniestro.
- 6) Lesiones y enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- 7) Las enfermedades de cualquier naturaleza (incluso las de origen infeccioso), ataques de epilepsia y pérdida de las facultades mentales, salvo que sean ocasionadas por un accidente cubierto por la póliza.
- 8) Participación activa del Asegurado en actos delictivos, o en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.
- 9) Salvo para los deportistas de las Federaciones implicadas, la participación en deportes de alto riesgo, apuestas y records o tentativa de los mismos.
- 10) Los gastos de rehabilitación a domicilio.
- 11) Los gastos farmacéuticos derivados de la asistencia ambulatoria que pueda precisar el Asegurado.

CIUDAD REAL a 16 de ABRIL de 2021

# **FEDERACIONES DEPORTIVAS**

**NORMAS DE ACTUACIÓN PARA LOS  
ASEGURADOS  
EN CASO DE ACCIDENTE**

---

**RELACIÓN DE CENTROS MEDICOS  
CONCERTADOS**

---

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE SINIESTROS**

## NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

La asistencia médica garantizada en la Póliza será prestada por el Centro Médico o facultativo concertado por MAPFRE VIDA .

Consulta de clínicas para atención urgente en:

[www.mapfre.com/salud](http://www.mapfre.com/salud): Cuadro médico/Accidentes Personales/Urgencia.Federaciones.

Para acceder a ella es imprescindible seguir los siguientes pasos:

1.-Cumplimentación del "Parte de Comunicación de Accidentes" que deberá ser firmado y sellado por la Federación, Club o Entidad Deportiva correspondiente.

2.- Poner en conocimiento de la compañía aseguradora el accidente, llamando al Centro de Atención 24 horas de MAPFRE, **teléfono 918 365 365**. **El accidente debe ser comunicado inmediatamente después de su ocurrencia.**

3.- En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Datos personales del lesionado
- Datos del Club o Entidad Deportiva en la que ocurre el siniestro.
- Fecha y forma de ocurrencia.
- Daños físicos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención **facilitará el número de expediente**, que deberá se anotado en el encabezamiento del Parte. **El comunicante remitirá posteriormente el parte por fax a MAPFRE al número 91 700 30 73 o por correo electrónico: [daper.mapgen@mapfre.com](mailto:daper.mapgen@mapfre.com)**

4.- El federado lesionado debe acudir al **Centro Médico concertado** aportando el "Parte de Comunicación de Accidentes" debidamente cumplimentado. **(Es imprescindible para recibir asistencia que en el parte conste el número de expediente)**

5.- En los casos de **URGENCIA VITAL** el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. **MAPFRE VIDA 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 Centro Médico Concertado para continuar su tratamiento.

**En caso de permanencia en centro médico NO CONCERTADO, MAPFRE VIDA no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.**

## **ATENCIÓN SANITARIA EN ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE DESPLAZAMIENTOS**

Existe una relación de Centros Concertados a los que el federado lesionado puede acudir a recibir asistencia sanitaria en casos de desplazamiento. Se acompaña a estas Normas relación de Centros Médicos concertados.

## **AUTORIZACIONES**

Necesitarán **autorización previa** de la compañía las siguientes pruebas y tratamientos:

- \* **Pruebas especiales de diagnóstico (TAC, RMN, Ecografías, Gammagrafías, Artroscopias,...)**
- \* **Intervenciones Quirúrgicas.**
- \* **Rehabilitación.**

En estos casos el médico o Centro Médico concertado solicitará a MAPFRE VIDA dicha autorización al **fax nº 91 / 700 30 73 o por correo electrónico: daper.mapgen@mapfre.com**. A dicha autorización se ha de acompañar copia de informe médico detallado, facilitándose, también 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 MAPFRE VIDA el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente.**

## PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

<b>TOMADOR</b>	FEDERACION CASTILLA LA MANCHA TAEKWONDO
<b>Nº DE POLIZA</b>	055-1480037213
<b>Nº DE EXPEDIENTE(1)</b>	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la federación al tel. 902 136 524

### DATOS DEL LESIONADO

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b> _____	<b>DNI</b> _____	<b>EDAD</b> _____
<b>DOMICILIO</b> _____	<b>LOCALIDAD</b> _____	
<b>PROVINCIA</b> _____	<b>C.P.</b> _____	<b>TELEFONO</b> _____
<b>Nº LICENCIA</b> _____		

### CERTIFICACION DEL ACCIDENTE

D./Dña \_\_\_\_\_, Con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, en nombre y representación del Club abajo referenciado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

**LUGAR DE OCURRENCIA: CLUB** \_\_\_\_\_ **CODIGO DE CLUB** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_

**FECHA DE OCURRENCIA** \_\_\_\_\_

**FORMA DE OCURRENCIA** \_\_\_\_\_

#### ATENCION SANITARIA EN

#### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS

**Responsable:** MAPFRE VIDA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA.  
**Finalidades:** \* Gestión del siniestro y contrato de seguro, prevención del fraude  
 \* Gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE  
**Legitimación:** Ejecución del Contrato  
**Destinatarios:** Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la información Adicional.  
**Derechos:** Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.  
**Información adicional:** Puede consultar información adicional de protección de datos en: <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPAPERCLIPART02301ESBS02>

Mediante su firma acepta el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones indicados. En caso de facilitar datos de personas diferentes de usted, deberá informarles de los mismos. Si proporciona datos de menores de dieciséis años, deberá haber informado de dichos términos a los tutores legales del menor.

Firma del Lesionado

Firma y Sello del representante de la Entidad

### NORMAS DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE

- \* Quedan cubiertos por ésta póliza los accidentes sufridos por los deportistas federados durante la práctica deportiva conforme a lo establecido en el R.D. 849/1993, de 4 de Junio. Para ello se habrá de presentar la licencia y el D.N.I.
- \* La Federación, Club o Entidad Deportiva cumplimentará en su totalidad éste impreso y comunicará el accidente a MAPFRE a través del teléfono 91 581 14 00, donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso por fax a MAPFRE al número 91-700 30 73 o por correo electrónico: [daper.mapgen@mapfre.com](mailto:daper.mapgen@mapfre.com).
- \* **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.