

PROTOCOLO ATENCIÓN MÉDICA

Intentamos que la mecánica sea muy sencilla, y los tramites y complicaciones para los padres los menos posibles. Pero debido a la protección de datos, desde el año pasado el trámite a seguir tiene una pequeña variación.

1.- Si se produce una lesión, lo primero es que el niño reciba la atención necesaria, acudiendo a la CLÍNICA UNIVERSITARIA (NO a otros hospitales, salvo si se está fuera de Pamplona) sin tener que realizar ningún trámite previo. En la Clínica habría que decir que se acude a través de un seguro con Mapfre **POLIZA 055-1480418339**, y facilitar los datos personales del niño. Tras recibir la atención médica se extiende un Informe Médico.

2.- Posteriormente, vosotros tenéis que rellenar el Parte de Accidentes que se os adjunta, y que el padre o la madre lo firmen en la parte de abajo.

3.- Hacernos llegar, lo antes posible, ese Parte firmado por el padre o madre, y el Informe Médico que le hicieron en urgencias al niño, por Mail (es lo más rápido y efectivo).

De lo demás nos encargamos nosotros

Recordar que es un seguro de atención médica a "accidentes" o lesiones producidas en la práctica del fútbol dentro de nuestro Campeonato (entrenamientos incluidos). Por ello no están incluidas enfermedades crónicas o dolencias genéricas o propias del crecimiento de los niños. Esto es importante, porque si se recibe atención médica por alguna circunstancia que no está cubierta por la póliza del seguro, los gastos ocasionados tendrán que ser pagados por los propios padres.



PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES

Nº DE PÓLIZA: **055-1480418339**

Nº DE EXPEDIENTE: _____

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ D.N.I. _____
PROFESIÓN : _____ 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?: _____ ¿TIENE PÓLIZA DE ACCIDENTES CON OTRA CÍA? _____
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____
¿HA INTERVENIDO ALGUNA AUTORIDAD?: _____ ¿CUÁL? _____
OBSERVACIONES O COMENTARIOS: _____

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

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 Crta. Pozuelo, nº 50 - 28222 Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA SOCIEDAD ANÓNIMA 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 _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: 