



ARRAUNKETAKO EUSKAL FEDERAKUNTZA  
FEDERACIÓN VASCA DE REMO  
PASEO ERROTABURU, 1-3º  
20018 DONOSTIA  
CIF-G20110292

Donostia, 28 de Septiembre de 2020

Estimado Presidente:

Por medio de la presente le comunico que la Federación Vasca de Remo , con fecha 30 de septiembre de 2020 ha decidido no renovar para la temporada 2020-2021 ; la póliza de seguros N° 046453571 que tenía contratada con la empresa ALLIANZ COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A, para la cobertura de accidentes deportivos de esta Federación.

Que con fecha 1 de octubre de 2020, esta Federación Vasca de Remo ha contratado un nuevo Seguro de cobertura de accidentes deportivos con la empresa MURIMAR VIDA SEGUROS Y REASEGUROS SA.

Le agradecería comunicará a todos las personas de su club que tengan intención de tramitar licencia para la temporada 2020-2021, que ya no se puede cumplimentar ningún parte de accidente con la Compañía de Seguros y Reaseguros ALLIANZ S.A.

Adjuntamos protocolo de actuación en caso de Accidente deportivo, de la Compañía MURIMAR VIDA SEGUROS Y REASEGUROS SA

Sin más, y esperando que este cambio de cobertura de seguro, sea para bien del Remo Vasco , le saluda atte.

  
RAMON ALKAIN EZEIZA  
PRESIDENTE 

Nº. PÓLIZA: **51101043**

Seguro de Accidentes Federaciones Deportivas

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LOS ASEGURADOS EN  
CASO DE ACCIDENTE



Accidentes Personales

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE (SINIESTROS EN ESPAÑA)

La Asistencia médica garantizada en la póliza será prestada por los Centros Médicos o facultativo concertado por la Entidad Aseguradora.

En el proceso de comunicación se deberán cumplir obligatoriamente, **en todos los casos**, los siguientes pasos:

1. Se deberá cumplimentar el Parte de Accidentes para Asegurados (documento adjunto). Dicho parte deberá ser firmado y sellado por el Tomador, la Federación, Club o Entidad Deportiva correspondiente y firmado por el Asegurado afectado/lesionado.
2. El accidente debe ser comunicado inmediatamente después de su ocurrencia a la compañía aseguradora, llamando al Centro de Atención 24 horas de MURIMAR, teléfono **91 737 06 34**

En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Datos personales del lesionado.
- Datos del Club, Colectivo o Entidad Deportiva
- Lugar, Fecha y forma de ocurrencia.
- Descripción de los daños físicos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención telefónica facilitará el número de expediente, que deberá ser anotado en el encabezamiento del parte. El comunicante remitirá posteriormente el Parte de Accidentes (y otra documentación que se solicite) en un plazo no superior a 7 días desde la fecha de ocurrencia del siniestro, por fax a la Entidad Aseguradora al número 91 737 45 68 o por e-mail a la siguiente dirección: [gestion@canalsalud24.com](mailto:gestion@canalsalud24.com)

3. El lesionado deberá acudir al Centro Médico concertado que se le indique previamente, aportando el "Parte de Comunicación de accidentes" debidamente cumplimentado, incluyendo el número de expediente facilitado por el Centro de Atención telefónica (Imprescindible para recibir asistencia).

Cuando un Asegurado/lesionado se presente en uno de los Centros concertados para su atención (y facilitado por el Centro de Atención Telefónica) deberá presentar el parte de Accidentes, DNI y licencia Federativa, en su caso.

4. En casos de URGENCIA VITAL, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. En estos casos MURIMAR 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 garantizado en la póliza.

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, MURIMAR no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.

## AUTORIZACIONES

Será necesario tener la autorización previa de la compañía para realizar las siguientes pruebas y tratamientos:

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

En estos casos el Asegurado/lesionado o el Médico o Centro Médico concertado solicitará a MURIMAR dicha autorización al fax nº 91 737 45 68 o enviando un email a [gestion@canalsalud24.com](mailto:gestion@canalsalud24.com). Junto con la solicitud de autorización se ha de acompañar copia de informe médico detallado, facilitándose por email o 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 MURIMAR el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente al email [gestion@canalsalud24.com](mailto:gestion@canalsalud24.com).

La asistencia será a cargo de las clínicas concertadas presentes en el cuadro médico propuesto por MURIMAR.

No serán cubiertas las asistencias médicas en centros de la Seguridad Social o no concertados (excepto urgencias vitales).

En caso de permanencia voluntaria en un centro médico NO CONCERTADO, MURIMAR NO ASUMIRA EL PAGO DE LAS FACTURAS DERIVADAS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.

El Centro de Atención de la Compañía Aseguradora llevará a cabo los oportunos seguimientos que cada caso requiera, para determinar las necesidades y gestiones a realizar.

## COMUNICACIONES

Las comunicaciones entre el Colectivo/Federación/Asegurados y el Centro de Atención 24 horas de la compañía podrán quedar grabadas y registradas para el buen funcionamiento del servicio y cumpliendo siempre con la Ley de Protección de Datos.



## Anexo 1

### **ASISTENCIA INTERNACIONAL PARA FEDERADOS (PRESTACIÓN CONCERTADA CON INTER PARTNER ASSISTANCE S.A)**

Asistencia Sanitaria por accidentes acaecidos fuera del territorio Español.

Siempre y cuando el accidente no haya ocurrido en países en conflicto (declarado o no) o Países bajo sanción de la ONU, Murimar garantiza la Garantía Asistencia Sanitaria en accidentes deportivos ocurridos en el extranjero, hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.000,00 Euros y con un límite temporal de hasta dieciocho meses desde la fecha del accidente. Esta prestación es compatible con las indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales, motivadas por accidente deportivo, que se concedan al finalizar el tratamiento.

Para poder hacer uso de esta garantía es necesario llamar al teléfono: +34 917 720 901.



**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES**

TOMADOR: FEDERACION VASCA DE REMO ARRAUNKETAKO EUSKAL FEDERAKUNDEA

Nº de PÓLIZA: 51101043

Nº EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la Federación al tel. **91 737 06 34** (llamadas nacionales), +34 91 737 06 34 (llamadas internacionales) . Enviar obligatoriamente a la dirección: **gestion@canalsalud24.com**.

**DATOS DEL LESIONADO**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Nº De Licencia: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Piso: \_\_\_\_\_

Letra: \_\_\_\_\_

Cód Postal: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

Telf: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**

D./Dña. \_\_\_\_\_, con DNI nº \_\_\_\_\_ en condición de \_\_\_\_\_

, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

Lugar de ocurrencia: \_\_\_\_\_

Oficial de Regata: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nº de la regata o competición: \_\_\_\_\_

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 la sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. MURIMAR MUTUA Y CANAL SALUD 24 SL como entidad colaboradora asumen la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa el primero como Responsable del Tratamiento y el segundo como Encargado del tratamiento, para proteger la confidencialidad e integridad de la información de acuerdo con lo establecido en la Ley UE 679/2016 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, supresión, limitación, oposición y portabilidad de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad Canal Salud 24 S.L. a la dirección – Edificio Las Rozas 23 – Oficina 3 – Planta 1ª. Ctra. De la Coruña Km 23200 28232 Las Rozas (MADRID) a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o por correo electrónico a la dirección [protecciondedatos@canalsalud24.com](mailto:protecciondedatos@canalsalud24.com) o [dpo@canalsalud24.com](mailto:dpo@canalsalud24.com)

**Firma del Lesionado**

**Firma del Club**

**Firma y Sello del Tomador**