

POLIZA DE SEGURO ACCIDENTES DEPORTIVOS

NORMATIVA A SEGUIR EN CASO DE LESION

- Cumplimentar correctamente en todos sus apartados la **DECLARACION DE ACCIDENTE** (modelo adjunto) firmada y sellada por la Federación y/o el Club.
- Una vez cumplimentado este documento debe ser enviado por FAX a la Compañía Aseguradora ARESA – **NUMERO DE FAX 963511 379**
- El plazo máximo para comunicación del accidente es de **UNA SEMANA** desde la fecha de ocurrencia del mismo. La Compañía Aseguradora no se hará cargo de siniestros comunicados en un plazo superior.
- Para ser atendido por cualquiera de los servicios relacionados en el **CUADRO MEDICO CONCERTADO** (modelo adjunto) es imprescindible presentar la correspondiente DECLARACION DE ACCIDENTE.
- En los casos de URGENCIA fuera de la Provincia deberá, contactar con el teléfono de urgencias de **ARESA 902 266 266** (servicio permanente 24 h.) para que le indiquen el Centro Concertado en esa zona.
- Se necesita **AUTORIZACION** de la Compañía para ingresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas, estudios complementarios como Resonancias, Tac, Scanner, Ecografías y Rehabilitación, a tal fin remitirá a ARESA al numero de **FAX 963 511 379** la solicitud médica de dicha petición para su autorización.
- Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la previa autorización de la Compañía correrá a cargo del deportista.
- Asimismo no se abonará ninguna asistencia médica prestada en Centros no concertados.
- La Compañía no se hará cargo de servicios a deportistas que no figuren como asegurados.

OFICINAS ARESA SEGUROS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

ALICANTE, C/. Eusebio Sempere, 4 – tel. 965 134 105
CASTELLON, C/. Echegaray, 3-5 - tel. 964 342 770
VALENCIA, C/. Pintor Sorolla, 23 - tel. 963 533 911

DECLARACION DE ACCIDENTE LESIONES DEPORTIVAS

DELEGACION:

Nº POLIZA:

SINIESTRO:

1 - DATOS DEL DEPORTISTA LESIONADO

APELLIDOS / NOMBRE:

DOMICILIO:

POBLACION:

C.POSTAL:

D.N.I.

FECHA NACIMIENTO: / /

TELEFONO:

MOVIL:

2 - DATOS DE LA FEDERACION / CLUB

FEDERACION DEPORTIVA:

LICENCIA DEL CLUB:

CATEGORIA DEPORTISTA:

3 - INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE Y LESIONES PRODUCIDAS

FECHA DEL ACCIDENTE:

HORA:

LUGAR:

PRODUCIDO DURANTE:

(indicar competición, entrenamiento y/o desplazamiento)

DETALLE LESIONES:

4 - INFORMACION MEDICA

FECHA DE LA PRIMERA ASISTENCIA:

CENTRO / MEDICO PRIMERA CURA:

DIAGNOSTICO PROVISIONAL:

DURACION PROBABLE DE LA LESION:

NOMBRE DEL RESPONSABLE QUE FIRMA ESTA DECLARACION (indicar cargo: ENTRENADOR, DIRECTIVO CLUB, etc.)

NOMBRE Y APELLIDOS:

CARGO:

FEDERACION (sello)

CLUB (sello)

RESPONSABLE (firma)

LESIONADO (firma)

El firmante del presente documento se compromete a recabar el consentimiento expreso del deportista que haya sufrido las lesiones reflejadas en el presente parte, con el objeto de que sus datos se incorporen al registro informatizado titularidad de ARESA SEGUROS GENERALES S.A. e informarle que le asisten los derechos contenidos en el artículo 5 de la LOPD, pudiendo ejercitarlos en cualquier momento remitiéndose al titular del fichero.