

REAL FEDERACION ESPAÑOLA DE ATLETISMO

Pasos a seguir por el accidentado:

1) Deberá **contactar con Allianz** en los siguientes números de teléfono de asistencia:

Asistencias en Cataluña, Com. Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía:	91 325 55 68
Asistencias en resto del territorio español:	91 334 32 93

2) Deberá **facilitar la siguiente información**:

- Datos personales del accidentado y tipología de lesiones.
- Datos del colectivo al que pertenece el accidentado y número de póliza.
- Fecha, lugar y descripción de la forma de ocurrencia.

3) Con esta información, **Allianz facilitará** al accidentado los datos y la ubicación del **Centro del Cuadro Médico más adecuado** teniendo en cuenta las lesiones sufridas.

4) El accidentado tendrá **hasta 7 DÍAS para mandar el PARTE DE ACCIDENTES** debidamente cumplimentado y sellado por el Tomador del seguro a:

asistenciacolectivos.es@allianz.com

5) La **asistencia médica, consultas, pruebas o rehabilitación sucesiva se solicitará en los números de teléfono indicados** en el punto primero. Allianz facilitará la autorización, si procede, directamente al accidentado y/o al Centro Médico según los casos.

TOMADOR: R.F.E.A.

Nº PÓLIZA: 044434560 (TRAIL & RUTA)

- La asistencia médica se prestará en los Centros del Cuadro Médico de Allianz.
- Cualquier prestación de asistencia sanitaria debe ser autorizada previamente por Allianz.
- Sólo en caso de Urgencia Vital se podrá acudir directamente al centro sanitario más próximo. Una vez superada la asistencia de urgencias, el lesionado deberá ser trasladado a un centro concertado.
- A título informativo, se puede consultar el cuadro médico de Allianz en la web de la Compañía: **www.allianz.es**
- **La Compañía no se hará cargo de los costes y por lo tanto correrán a cargo del accidentado, cuando:**
 - **No se reciba el parte debidamente cumplimentado.**
 - **No se haya dado autorización específica por parte de Allianz para dicha asistencia.**
 - **Se permanezca en Centro No Concertado tras la primera asistencia en casos de urgencia vital.**
- **Será motivo de cierre del expediente del Siniestro y por tanto no continuidad de tratamiento, si durante la BAJA MEDICA DEPORTIVA el Lesionado realiza actividad deportiva, careciendo de cobertura los accidentes posteriores que pudieran producirse sin estar de alta médica por un accidente anterior.**
- **Se excluyen las consecuencias, agravaciones o situaciones relacionadas con las enfermedades, lesiones o minusvalías preexistentes, tanto físicas como psíquicas.**

EMPRESAS

Cuestionario de datos del Seguro de Accidentes Colectivos

ALLIANZ SEGUROS

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVOS FEDERACIONES DEPORTIVAS

www.allianz.es

Cuestionario: Sucursal: Mediator: VIHASO SL Colaborador: N° Póliza: 044434560 Certificado:

Fecha del Accidente

FEDERADOS TRAIL & RUTA

Tomador

Apellidos o Razón Social REAL FEDERACION ESPAÑOLA DE ATLETISMO Nombre
Domicilio AVDA. VALLADOLID, Nº 81 DNI/CIF Q2878003I
C. Postal 28008 Población MADRID Provincia

Lesionado

Apellidos Nombre
Fecha de nacimiento Profesión
Domicilio DNI/CIF
C. Postal Población Provincia
E-mail Web Teléfono Fax

Otros datos

¿Intervino la Autoridad? Diga cuál y de qué localidad
¿Tiene el Tomador o el Lesionado alguna otra Póliza de Seguro que garantice este accidente?
Cite las señas de las personas que fueron testigos

Certificación de Accidente expedida por el Club o la Federación

D. con DNI
en nombre y representación de Certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:
• Fecha y lugar del accidente
• Descripción del accidente
• Actividad realizada en ese momento (entrenamiento, competición, ...)

PARA LA PRESTACIÓN SANITARIA, CUANDO SE REALICE A TRAVES DE LA COBERTURA DE CUADRO MÉDICO ALLIANZ, DEBERÁ CONTACTAR EN LOS TELÉFONOS:

- **913 255 568** Para atención médica en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía.
- **913 343 293** Para atención médica en el resto del territorio español.

Ley Orgánica sobre Protección de Datos de carácter personal

Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. integrará los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su declaración de siniestro. El Tomador del Seguro y los Asegurados facultan al Asegurador para que requiera o comunique a médicos y centros sanitarios los datos clínicos necesarios para prestarle el servicio garantizado en su póliza, así como a otros terceros cuya intervención es necesaria para la ejecución del contrato, comprometiéndose la Compañía a guardar la correcta confidencialidad de los mismos.

El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

El abajo firmante declara que los datos que figuran en la presente declaración son verdaderos.

En a de de
Firma y sello de la Federación / Club Firma del Lesionado o su representante