



RAMO: ACCIDENTES

Nº DE POLIZA: 08061858-14005

CONDICIONES PARTICULARES

Nº de Póliza:	08061858-14005	Nº Suplemento:	
Agente:	TECNI SYSTEM BROKER		

Tomador del Seguro:	FEDERACION CANARIA DE AUTOMOVILISMO		
Asegurados:	Ver "Grupo Asegurado"		
Dirección:	C/ Alejandro Hidalgo, nº 3 – 3º; Ofic. 10 (Edif. Las Palmeras) 35005 Las Palmas de Gran Canaria		
Domicilio de Cobro:	El mismo		
CIF:	V35328566		

Efecto:	Desde las cero horas del día:	01 de enero de 2017
Vencimiento:	Hasta las veinticuatro horas del día	31 de Diciembre de 2017
Duración del Seguro:	Anual sin tática renovación	Forma de Pago: Anual

GARANTIAS CONTRATADAS Y LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN POR ASEGURADO

OPCION A) Pilotos y copilotos >14 años / Pilotos y copilotos < 14 años / Técnicos, Árbitros y Oficiales /Eventos máximo 2 días

Garantía	Limite Asegurado
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DEPORTIVO (Mayores de 14 años)	90.000 EUR
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DEPORTIVO Menores de 14 años (Gastos de sepelio)	3.005,06 EUR
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DEPORTIVO	198.000 EUR
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE DEPORTIVO (INCLUIDO BAREMO DE PARCIALES)	102.000 EUR
ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DEPORTIVO en centros concertados	ILIMITADA
CÚMULO MÁXIMO POR SINIESTRO	10.000.000 EUR

OPCION B) Pilotos y copilotos >14 años / Pilotos y copilotos < 14 años / Técnicos, Árbitros y Oficiales /Eventos máximo 2 días

Garantía	Limite Asegurado
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DEPORTIVO (Mayores de 14 años)	25.000 EUR
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DEPORTIVO Menores de 14 años (Gastos de sepelio)	3.005,06 EUR
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DEPORTIVO (INCLUIDO BAREMO DE PARCIALES)	50.000 EUR
ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE DEPORTIVO en centros concertados	ILIMITADA
CÚMULO MÁXIMO POR SINIESTRO	10.000.000 EUR

La/s anterior/es suma/s asegurada/s, así como sus correspondientes sublímites, pueden estar sujetas a tributación según la legislación aplicable; en tal caso, la cantidad a liquidar por el asegurador al asegurado o, en su



ANEXO I

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

La Asistencia médica garantizada en la póliza será prestada por el Centro Médico o facultativo concertado por HDI Global SE, Sucursal en España.

Deberán seguirse obligatoriamente en todo los casos los siguientes pasos:

1. Se deberá **cumplimentar** el **Parte de Accidentes para Federaciones** (documento adjunto). Dicho parte deberá ser firmado y sellado por la Federación, Club o Entidad Deportiva correspondiente.

2. El accidente debe ser comunicado inmediatamente después de su ocurrencia a la compañía aseguradora, llamando al **Centro de Atención 24 horas de CANAL SALUD 24 S.L. teléfono 91 7371653**

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.
- 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 por fax a CANAL SALUD 24 S.L. al número 91 7374568 o via e-mail a gestion@canalsalud24.com;**

3. El federado lesionado deberá acudir al **Centro Médico concertado** 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)

4. En casos de **URGENCIA VITAL**, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. En estos casos HDI Global SE, Sucursal en España 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 deportivo garantizado en la póliza, conforme a lo establecido en el R.D. 849/1993, de 4 de Junio.
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, HDI Global SE, Sucursal en España no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.

Cuando un asegurado accidentado se presente en uno de los Centros Concertados por HDI Global SE, Sucursal en España, deberá presentar la licencia y su D.N.I.

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.

En estos casos el médico o Centro Médico concertado solicitará a CANAL SALUD 24 S.L. dicha autorización al fax nº 91 7374568. Junto con la autorización se ha de acompañar copia de informe médico detallado, facilitándose 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 CANAL SALUD 24 S.L. el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente.

La asistencia será a cargo de las clínicas concertadas presentes en el cuadro médico propuesto por CANAL SALUD 24 S.L. No serán cubiertas las asistencias médicas en centros de la Seguridad Social o no concertados (excepto urgencias vitales).

Los desplazamientos en ambulancia solamente quedan cubiertos para urgencias vitales, y el servicio debe ser prestado a través del cuadro médico, nunca a través de cualquier otro servicio.



ANEXO II

PARTE DE ACCIDENTES PARA FEDERACIONES DEPORTIVAS

TOMADOR DEL SEGURO	FEDERACION CANARIA DE AUTOMOVILISMO
Nº DE PÓLIZA	08061858-14005
Nº DE EXPEDIENTE (*)	

(*) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte de la federación al teléfono del Centro de Asistencia 91 737 16 53

DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI		EDAD	
DOMICILIO			
PROVINCIA Y LOCALIDAD		C.P.	
Nº DE LICENCIA			

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE:

D. Dña. _____, Con DNI nº _____
 En nombre y representación de la Federación, Club o Entidad Deportiva arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

FECHA DEL SINIESTRO: _____

FORMA DE OCURRENCIA: _____

CENTRO SANITARIO: _____

El perjudicado/accidentado 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 que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoración de los daños ocasionados en su persona, cuantificando en su caso la indemnización que le corresponda y 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 citadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

HDI Global SE, Sucursal en España, CANAL SALUD 24 S.L. y CANAL SALUD GLOBAL, S.L. como entidades colaboradoras asumen 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 trece de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad CANAL SALUD 24 S.L. y CANAL SALUD GLOBAL, S.L. a la dirección - Edificio las Rozas 23 - oficina 3 - Planta 1ª, Ctra. de la Coruña Km 23.200 28232 Las Rozas (MADRID) a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o por correo electrónico a la dirección

Firma y sello del representante de la Entidad

Firma del Lesionado