

Nº. PÓLIZA: 042170244

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LOS ASEGURADOS EN
CASO DE ACCIDENTE
XXXI JUEGOS DEPORTIVOS DE NAVARRA**

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

La póliza de seguros suscrita es de accidentes y no asistencial. Esto supone que Allianz no correrá con los gastos médicos del accidente, sino solamente abonará las indemnizaciones establecidas por los siguientes conceptos:

-Pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente deportivo

-Fallecimiento

-Gastos originados por la adquisición de material ortopédico (hasta 70%)

-Gastos originados en odonto-estomatología (hasta 500 €)

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

1. Se deberá **cumplimentar** el **Parte de Accidentes** (documento adjunto). Dicho parte deberá ser firmado y sellado por el Tomador, Club/Entidad Deportiva o Colegio, correspondiente y firmado por el Asegurado afectado/lesionado.

2. El accidente, en caso de dar lugar a una de la garantías cubiertas por la póliza, debe ser comunicado al asegurador, llamando a

**AON GIL Y CARVAJAL,
CORREDURIA DE SEGUROS
Calle Leyre, 11 bis, Planta 1ª
Of.C
31002- Pamplona
Jesús Garralda Oteiza**

**Teléfono: 948 240050
Fax: 948 240253**

Direcciones de correo electrónico:
aon.5327945@allianzmed.es

En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Datos personales del lesionado.
- Datos del Colectivo al que pertenece (Federación, Club, etc.).
- Lugar, Fecha y forma de ocurrencia.
- Descripción de los daños físicos y/o Informe médico.

PARTE DE ACCIDENTES

TOMADOR DEL SEGURO	INSTITUTO NAVARRO DE DEPORTE Y JUVENTUD
Nº DE PÓLIZA	042170244
Nº DE EXPEDIENTE	

(*) El N° de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte del Tomador al Tfno: 948 240050 Fax 948240253 Direcciones de correo electrónico: aon.5327945@allianzmed.es

DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI		FE.NAC.	
DOMICILIO			
PROVINCIA Y LOCALIDAD		C.P.	
EMAIL			
FEDERACIÓN/CLUB		TELEFONO	

DATOS DEL RESPONSABLE (TUTOR, ENTRENADOR, ETC.)

NOMBRE Y APELLIDOS			
EMAIL			
RELACIÓN CON ASGDO		TELEFONO	

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

LUGAR DE OCURRENCIA: _____

DIRECCION: _____ TELÉFONO: _____

FECHA DEL SINIESTRO: _____

FORMA DE OCURRENCIA: _____

OBSERVACIONES: _____

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.

ALLIANZ Y AON , como entidad colaboradora, 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 al domicilio del Asegurador.

Firma y Sello del representante de la Entidad

Firma del Lesionado