

OBJETO DEL SEGURO.

Se entiende por accidente deportivo, el sufrido por los asegurados con ocasión del ejercicio de la actividad deportiva objeto de la póliza, en el cual se produce una lesión para el deportista, sin patología ni alteración anatómica previa. Se incluyen exclusivamente los ocurridos durante la celebración de una competición o actividad deportiva debidamente programada y organizada o dirigida por las Series Nacionales de Padel, excluyéndose por tanto la práctica privada de dicho deporte.

Las Asistencias Médicas cubiertas por la póliza serán prestadas en centros médicos o por facultativos concertados por la entidad.

COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE.

Solamente se garantizan los accidentes en torneo, no desplazamientos, y tiene que constar el accidente o lesión en el acta digital SNP de enfrentamiento donde ambos capitanes o el juez árbitro SNP hayan validado el accidente o lesión, y comunicación en menos de 6 horas al correo info@seriesnacionalesdepadel.com para dar el parte de la lesión. En el correo habrá que indicar:

- **Identificación del jugador lesionado.**
- **Día y hora del enfrentamiento.**
- **Parte de accidente debidamente cumplimentado.**

Tras analizar el expediente se le dará respuesta al asegurado y se le autorizarán las asistencias, si fueran objeto de coberturas.

Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la autorización previa de la compañía correrá por cuenta del asegurado.

Únicamente en caso de urgencia clínica grave podrá acudir directamente al centro sanitario más próximo. Una vez superada la primera asistencia de urgencias, el jugador SNP deberá comunicar de inmediato su circunstancia a SNP para la apertura del expediente y ser trasladado a un centro médico concertado.

RECORDATORIO IMPORTANTE

La póliza de las SNP se rige según el Real Decreto 849/1993 por la cual se incluyen las lesiones derivadas de accidente deportivo, es decir, por traumatismo puntual, violento, súbito y externo, durante la práctica deportiva, siempre que no sean debidos a lesiones crónicas y/o preexistentes; se excluyen también las enfermedades o patologías crónicas derivadas de la práctica habitual del deporte, por micro traumatismos repetidos, tales como tendinitis y bursitis crónica, artrosis o artritis, hernias discales, y en general cualquier patología degenerativa.

Tabla resumen de coberturas:

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Muerte por Accidente	18.000€
Incapacidad Permanente por Accidente	18.000 €
Asistencia Sanitaria Ilimitada (Cuadro Médico)	Incluida

(*) Se excluyen las Consecuencias y agravaciones relacionadas con las Enfermedades, Lesiones, o minusvalías preexistentes tanto físicas como psíquicas.

Declaración de Accidente - Accidentes Grupo

Tomador de la póliza SPORTS ASSISTANT SL- SERIES NACIONALES PADEL

Nº de póliza _____ Nº de siniestro facilitado por ALLIANZ _____

Datos del lesionado

Nombre _____ Apellidos _____

NIF _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____

Teléfono de contacto _____ Nº licencia/socio _____

Datos del accidente - Por SNP

Don/Doña _____

Lugar de ocurrencia _____

Localidad _____ Provincia _____

Fecha de ocurrencia _____ Hora _____

Descripción de los hechos _____

Lesiones _____

Atención sanitaria prestada en _____

Localidad _____ Provincia _____

UNA VEZ AUTORIZADA LA PRESTACION MEDICA POR SERIES NACIONALES DE PADEL Y POR ALLIANZ SEGUROS, EL LESIONADO PODRA ACUDIR A LOS CENTROS CONCERTADOS POR ALLIANZ. CONSULTAR EN

[Cuadro Médico Provincias.pdf](#)

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 del Lesionado

Firma del representante de la entidad y sello (*)