

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE DEPORTIVO SNP

### 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](mailto: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	6.010,24 €
Incapacidad Permanente por Accidente	12.020,24 €
Asistencia Sanitaria Ilimitada (Cuadro Médico)	Incluida
Transporte Accidentado	1.200,00 €

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

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES**

Nº DE PÓLIZA: A cumplimentar por SNP

Nº DE EXPEDIENTE: A cumplimentar por SNP

**DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRE Y APELLIDOS:	_____	D.N.I.	_____
PROFESIÓN :	_____	EDAD:	_____
		TELÉFONO:	_____ / _____
DOMICILIO:	_____	LOCALIDAD:	_____
POBLACIÓN:	_____	CÓDIGO POSTAL:	_____

**DATOS DEL ACCIDENTE**

FECHA:	_____	HORA:	_____	LUGAR DE OCURRENCIA:	_____
FORMA DE OCURRENCIA:	_____				
LESIÓN SUFRIDA:	_____				
¿HA ACUDIDO A ALGÚN CENTRO MÉDICO?	_____	¿CUÁL?	_____		
¿HA SIDO ACCIDENTE DE TRABAJO?:	_____	¿TIENE PÓLIZA DE ACCIDENTES CON OTRA CÍA?	_____		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:	_____				
¿HA INTERVENIDO ALGUNA AUTORIDAD?:	_____	¿CUÁL?	_____		
OBSERVACIONES O COMENTARIOS:	_____				
	_____				

El perjudicado/lesionado 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: El cumplimiento del propio contrato de seguro. La valoración de los daños ocasionados en su persona. La cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponda. El pago del importe de la referida indemnización. Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez extinguida la relación contractual. 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 indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguro, y que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero creado está ubicado en Ctra. Pozuelo nº 50, 28222 – Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA, quien asume 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 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

El asegurado declara el contenido cierto de lo arriba manifestado y firma la presente en

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: