

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

Todo jugador federado está asegurado con la compañía de seguros AXA, tanto en partidos como en entrenamientos, gestionado por la **Federación Vasca de Boleibol**. Ante cualquier lesión este es el procedimiento a seguir:

Servicio de urgencia: Osakidetza(solo primera visita)

Comunicación del ACCIDENTE

- 1- Llamar al teléfono de AXA: **911 11 71 23**
- 2- Información que deberá facilitar para la declaración del accidente.
 - a) Datos personales: Nombre y apellidos, DNI, N° de Licencia, teléfono de contacto, email,
 - b) Descripción detallada del accidente, fecha y lugar de ocurrencia.
 - c) Una vez registrado el accidente se recibirá un acuse de recibo con el N° DE REFERENCIA.
- 3- **El responsable del Club o equipo** deberá comunicar esta información a la **Federación Vasca de Voleibol** (bef.fvnb@gmail.com) por escrito, con el número de referencia facilitado por la compañía, en el plazo máximo de 5 días una vez producido el mismo.
- 4- * **El accidente deberá ser comunicado en un plazo máximo de 7 días**

Asistencias Médicas

Las Asistencias Médicas cubiertas por la póliza deberán ser prestadas en los **Centros Médicos o facultativos concertados por la entidad aseguradora** (salvo supuestos de Urgencia Vital).

* **Se pueden consultar los Centros Concertados en el teléfono 911 11 71 23 o la página web de AXA (Cuadro médico para pólizas de accidentes).**

* <https://axa.isalud.com/buscar-medico>

URGENCIAS EN OSAKIDETZA

Para acudir a una Urgencia médica por un Accidente Deportivo (en virtud de lo establecido en la Ley 14/1998 del Deporte de País Vasco en su artículo 78) **se RECOMIENDA acudir a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.**

Desde el Gobierno Vasco, **SOLAMENTE se dará cobertura a la PRIMERA ASISTENCIA de URGENCIA.**

Todo tratamiento posterior (consultas posteriores, pruebas, operaciones, rehabilitación, etc.) debe realizarse en los centros concertados, para evitar facturaciones al federado.

Autorizaciones *(Consultas médicas, Pruebas diagnósticas, Intervenciones quirúrgicas, Rehabilitación)

Las peticiones de **autorizaciones deben solicitarse adjuntando los informes médicos y la prescripción** correspondiente en la siguiente dirección de correo electrónico: autorizaciones.accidentes@axa.es

* Cualquier prueba o tratamiento realizado **sin autorización** previa de la compañía o en un centro de libre elección, correrá a cuenta del federado.

Esta solicitud de autorización deberá ser **enviada también** a la Federación Vasca de bef.fvnb@gmail.com Voleibol al correo electrónico siguiente:

Otras cuestiones de interés

Se procederá al cierre del expediente y **por tanto no continuidad de tratamiento**, si durante la BAJA MEDICA DEPORTIVA el Federado realiza actividad deportiva, **careciendo de cobertura los accidentes posteriores que pudieran producirse sin estar de alta médica por un accidente anterior.**

- No serán cubiertas por la póliza, las asistencias médicas en centros de la Seguridad Social fuera de Euskadi o en Centros Médicos no concertados, excepto urgencias vitales.

Mandar la información que aparece en los recuadros **ROJOS** (Responsable o club del accidentado) a la Federación Vasca de Boleibol. bef.fvzb@gmail.com

Los datos del cuadro **AZUL** los completara la Federación Vasca de Boleibol.

Accidentes Colectivos



Declaración de accidente

Tomador (federación, club o centro escolar) FEDERACIÓN VASCA DE VOLEIBOL

AZUL Nº de póliza _____ Nº de colectivo _____	ROJOS Nº de siniestro facilitado por AXA _____
--	--

Datos del lesionado

Nombre _____ Apellidos _____
NIF _____ Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____
Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____
Teléfono de contacto _____ Nº licencia/socio _____

Datos del accidente

Don/Dña _____ DNI _____

en nombre y representación del Centro Escolar, la Entidad Deportiva, Club o de la Federación arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

Lugar de ocurrencia _____
Localidad _____ Provincia _____
Fecha de ocurrencia _____ Hora _____
Descripción de los hechos _____

Lesiones _____
Atención sanitaria prestada en _____
Localidad _____ Provincia _____

Firma del lesionado _____ Firma del representante de la entidad y sello _____



En Bilbao a _____ de _____ de 20 _____

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomado/Asegurado queda informado y autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA Seguros Generales S.A. de Seguros y Reaseguros y el tratamiento de los mismos con la finalidad de gestionar la correspondiente solicitud de prestación. Asimismo, el Tomado/Asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato. En el caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del Tomado/Asegurado, el Tomado/Asegurado manifiesta haber informado y obtenido el consentimiento, previo de aquéllas para el tratamiento de sus datos de acuerdo con las finalidades previstas en la póliza. En el caso concreto de menores de edad, si el Tomado/Asegurado no es el representante legal del menor se compromete a obtener el consentimiento expreso de éste.

El Tomado/Asegurado podrá dirigirse a AXA Seguros e Inversiones, (Departamento de Marketing - CRM), Emilio Vargas 6, 28043 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 008 o 91 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

*El numero de licencia corresponde al DNI del accidentado.