



## PROTOCOLO DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE POR LA PRÁCTICA DEPORTIVA EN LOS JUEGOS DEPORTIVOS DE LA RIOJA

La Dirección General del Deporte y Juventud tiene suscrito un seguro para cubrir el riesgo de accidente deportivo en el ámbito de los Juegos Deportivos de La Rioja para la temporada 2025-2026 con la compañía aseguradora **MARKEL**, con número de póliza **025S00503ACO** con efecto del 01/04/2025 al 31/08/2026. Los deportistas/técnicos, debidamente inscritos en los Juegos Deportivos de La Rioja, son los beneficiarios de la póliza de accidentes deportivos ocurridos en entrenamientos y/o en competición.

## PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE:

1. El deportista/técnico acudirá ***preferentemente, y en primera instancia***, al Centro Médico Adarraga y será atendido por el doctor Vicente Elías. Obligatoriamente, el **RESPONSABLE** de la entidad del accidentado/a tramitará a través del mail: [centromedico.adarraga@larioja.org](mailto:centromedico.adarraga@larioja.org), “cita previa”, verificando y acompañando la inscripción del/la lesionado/a. La consulta tendrá lugar en las instalaciones deportivas Javier Adarraga, en la C/ Camino de las Norias s/n de Logroño. En el caso de que este facultativo valore la derivación del accidentado a un centro concertado, en ese momento el lesionado deberá llamar a la compañía aseguradora y cumplimentar el parte de accidente.
2. Cuando no ha podido ser atendido en el Centro médico Adarraga, un Responsable de la Entidad (Directivo, Técnico, Delegado…), contactará telefónicamente con la compañía aseguradora a través del siguiente número de teléfono: **91 737 16 68** estando obligados a:

* Datos personales del lesionado.
* Datos del Tomador y colectivo al que pertenece.
* Lugar, Fecha y forma de ocurrencia.
* Descripción de los daños físicos.

Una vez recogidos estos datos, el centro de atención facilitará el ***número de expediente***, que se anotará en el encabezamiento del parte, este dato es imprescindible para que la compañía aseguradora se haga cargo de la asistencia.

1. Es ***obligatorio la comunicación*** del accidente deportivo tanto a la compañía aseguradora MARKEL por e-mail a la siguiente dirección: markel.asistencia@canalsalud24.com como a la Dirección General de Deporte y Juventud: seguro.juegosdeportivos@larioja.org, adjuntando el parte de comunicación de accidentes, se da también la opción de colgarlo en la plataforma FEDERATIO en la pestaña Partes Médicos.

El lesionado debe acudir al centro médico concertado ***aportando*** el “Parte de Comunicación de Accidentes” debidamente cumplimentado, con el sello de la entidad a la que pertenece el lesionado.

1. En los casos ***excepcionales de urgencia***, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el centro sanitario más próximo. MARKEL 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.
   1. Una vez superada la primera asistencia de urgencia, el lesionado deberá ser trasladado al centro médico concertado para continuar su tratamiento.
   2. En caso de permanencia en centro médico NO CONCERTADO, MARKEL no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.
2. **IMPORTANTE:** La Dirección General de Deporte y Juventud no se hará cargo de los partes de accidentes no comunicados correctamente vía email [seguro.juegosdeportivos@larioja.org](mailto:seguro.juegosdeportivos@larioja.org) o a través de la plataforma FEDERATIO .

|  |
| --- |
| **El parte de accidentes debe ser comunicado a la Compañía y a la D.G. de Deporte y Juventud lo antes posible y como MÁXIMO dentro de los SEIS DÍAS SIGUIENTES a la fecha del accidente deportivo. La compañía aseguradora NO se responsabiliza de las comunicación realizadas fuera de este plazo.** |



# PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

**Nº DE PÓLIZA:** **025S00503ACO Nº DE EXPEDIENTE (\*):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DATOS DEL ASEGURADO** | | | |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS: | | | | | | |
| D.N.I.: | | | FECHA DE NACIMIENTO: | | | |
| DOMICILIO: | | | | | LOCALIDAD: | |
| CP: | | | TELEFONO: | E\_MAIL: | | |
| DEPORTE: | | | ENTIDAD: | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DATOS DEL ACCIDENTE** | | |  |
| FECHA: | | HORA: | LUGAR: | |
| CÓMO PASÓ: | | | | |
| LESIÓN: | | | | |
| OBSERVACIONES : | | | | |
| 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.  **Información Protección de Datos**  **RESPONSABLE:** MARKEL INSURANCE SE, SUCURSAL EN ESPAÑA C.I.F.: W2764898I ,Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, Planta 35, Edificio Torre Picasso, 28020  Madrid, España, a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o a markel@delegado-datos.com. **FINALIDADES:** Prestación de la asistencia  médica derivada de la póliza contratada con MARKEL. **LEGITIMACIÓN:** Ejecución del contrato de asistencia médica derivada del seguro contratado con  MARKEL. **CESIONES:** Las necesarias para la prestación de los servicios sanitarios contratados. A MARKEL para pueda conocer el acto prestado y hacer  frente a su responsabilidad y, en los casos legalmente establecidos. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia de la póliza con MARKEL y, finalizada ésta,  según las exigencias de conservación de la documentación clínica de la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia  de información y documentación clínica. **DERECHOS:** Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus  datos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de  Datos (www.aepd.es). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados. |

El asegurado/responsable de la entidad (en el caso de que el asegurado sea menor de edad), declara cierto el contenido de lo arriba manifestado y firma la presente en      a       de       del

**Sello de la entidad y firma:**

**(\*)** El **número de expediente**, se solicitará al Centro de Servicios de la Compañía MARKEL, en el teléfono **917371668.**

**E**ste dato es imprescindible para que se pueda considerar la cobertura del siniestro.