



PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR LOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE ACCIDENTE DEPORTIVO DEL PROGRAMA “DEPORTE EN EDAD ESCOLAR” PARA EL CURSO 2013/2014.

La inscripción de cada participante en el programa “Deporte en Edad Escolar” es la que permite estar dado de alta en el seguro de accidente deportivo. Los Centros Escolares y las Federaciones Deportivas interesadas en participar en este programa deberán realizar la inscripción de sus deportistas, entrenadores y delegados a través de la página web www.regiondemurciadeportes.es

Con el objeto de que los beneficiarios del seguro de accidente deportivo del programa “Deporte en Edad Escolar” puedan hacer uso del mismo, se indica a continuación el **procedimiento de actuación:**

PRIMERO: La primera asistencia de urgencias de los deportistas accidentados deberá ser prestada por un hospital o centro médico del **Servicio Murciano de Salud** (las Consejerías de Sanidad y de Cultura y Turismo han suscrito un Convenio en este sentido); por ello **el deportista deberá entregar** en el Hospital al que acuda en primera instancia, debidamente cumplimentado, el impreso denominado: **PRIMERA ASISTENCIA DE URGENCIAS PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA “DEPORTE EN EDAD ESCOLAR” (ANEXO 1).**

Si no se presenta este **ANEXO** en el centro médico referido, el SMS podrá **remitir una factura al usuario** para que abone el coste de la atención sanitaria prestada.

SEGUNDO: Las siguientes actuaciones médicas, en el caso de que resulten necesarias, se deben prestar por la Compañía de Seguros “**MAPFRE VIDA**”, con la que la Consejería de Cultura y Turismo ha contratado una póliza de seguro de accidentes y asistencia sanitaria para los participantes en el programa “Deporte en Edad Escolar”, que para este curso es la siguiente: **055-1380385457.**

EXCEPCIÓN: En el caso de los deportistas **federados en Fútbol y Fútbol Sala** en la Federación de Fútbol de la Región de Murcia, las siguientes asistencias, en caso de que resulten necesarias, se deben prestar por la **MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES A PRIMA FIJA**, a través de la **Policlínica Murciana de Fútbol, S.L.**

Procedimiento a seguir:

- a) *Los deportistas federados en **Fútbol y Fútbol Sala**, cuya asistencia debe ser prestada por la **MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES A PRIMA FIJA**, deberán ponerse en contacto con la **Policlínica Murciana de Fútbol, S.L.** (C/ Cabecicos, nº 8. 30008 Murcia. Tfno: 968 240 946). Estos deportistas disponen de ficha federativa (tarjeta plastificada emitida por la Federación de Fútbol de la Región de Murcia).*



b) Los demás participantes en el programa “Deporte en Edad Escolar” convocado por Orden de 15 de julio de 2013 (BORM de 24 de julio), que incluye también las modalidades de Fútbol y el Fútbol Sala (sin licencia federativa), deberán seguir el siguiente procedimiento para recibir asistencia médica por parte de la Compañía de Seguros MAPFRE VIDA:

Dentro de las 48 horas siguientes al accidente deberá comunicarse el siniestro al Responsable del programa Deporte en Edad Escolar de su Ayuntamiento (en el caso de participar en el “Campeonato de Promoción Deportiva” o en las “Jornadas o Campañas promovidas por los Ayuntamientos”) o al Responsable de su Federación Deportiva (en el caso de participar en el “Campeonato de Rendimiento Deportivo” o en el “Campeonato de Deporte Adaptado”), adjuntando los documentos que se indican a continuación, cumplimentados en todos sus apartados:

1) PARTE DE MAPFRE VIDA firmado por el padre/madre o tutor del menor. El motivo por el que se exige la firma de este documento es el tratamiento por parte de la aseguradora de los datos personales del lesionado, y la obligación de que sea aceptado por los padres o tutores del menor, en cumplimiento de la LOPD-Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

2) EL PARTE DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO (ANEXO 2), firmado por el entrenador o delegado y al que habrá que añadir el sello y Visto Bueno del Responsable del programa en el Ayuntamiento o en la Federación Deportiva, en su caso. En este documento debe explicarse con claridad la causa y forma de ocurrencia del accidente e indicar en qué centro médico concertado de MAPFRE VIDA desea ser asistido el deportista. Se relacionan a continuación los Centros Médicos concertados de MAPFRE VIDA para esta póliza.

3) COPIA DEL INFORME MÉDICO DE URGENCIAS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD donde fue atendido en primera instancia el deportista lesionado, y donde se aconseje un tratamiento o revisión posterior.

Una vez remitidos estos documentos por el beneficiario, el Responsable del Ayuntamiento o de la Federación Deportiva deberá, una vez firmados y sellados, enviarlos escaneados al correo electrónico jose.maria.salmeron@willis.com con copia a siniestros.murcia@willis.com o al fax 968 832 261 de la **CORREDURÍA WILLIS IBERIA** (empresa mediadora de seguros de la Comunidad Autónoma), indicando que el lesionado es beneficiario de la póliza **055-1380385457** de “Deporte en Edad Escolar” y comunicando en qué Centro Médico Concertado de MAPFRE VIDA desea ser asistido el deportista de los Centros Médicos concertados de MAPFRE VIDA para esta póliza.

La CORREDURÍA WILLIS IBERIA devolverá al emisor (Ayuntamiento o Federación) un acuse de recibo de haber recibido la documentación y de haber trasladado la misma a la Compañía **MAPFRE VIDA**. Asimismo en dicho acuse de recibo se le indicará el **número de expediente** que MAPFRE VIDA asigne a dicho accidente deportivo, que será el número de referencia que a partir de ese momento el lesionado deberá indicar a MAPFRE VIDA en todas las comunicaciones posteriores para el tratamiento y seguimiento de su lesión. El Ayuntamiento o la Federación



tendrán que ponerse en contacto con el asegurado para comunicarle este número de referencia.

A continuación, el asegurado para ser atendido de sus lesiones, tiene dos opciones:

-opcion A:(PREFERENTE) contactar directamente con uno de los Centros Médicos Concertados (cuya relación se facilita a continuación), al que deben LLEVAR EL PARTE DE MAPFRE (como identificación de cliente MAPFRE) e indicar el **número de expediente** de siniestro MAPFRE que se facilita por la Correduría en el acuse de recibo de la declaración de siniestro.

En este caso, es el propio Centro Médico el que se encarga de gestionar con MAPFRE las oportunas autorizaciones para las pruebas médicas necesarias, así como de la facturación de las mismas.

-opcion B: contactar directamente con MAPFRE VIDA para consultar el expediente o solicitar autorización para pruebas médicas o tratamiento, en el siguiente número de teléfono: **902 136 524**, en el que deben indicar la referencia de MAPFRE, donde les indicarán quién es el tramitador de MAPFRE asignado para cada caso y al que deben realizar sus peticiones.

También pueden dirigirse por email a la aseguradora, en la siguiente dirección:
daper-mapgen@mapfre.com

MAPFRE asigna un tramitador concreto para cada caso, tramitador que forma parte del Departamento del Centro Multiterritorial de Accidentes de MAPFRE, y cuyos datos se pueden solicitar a través del teléfono indicado para consultas **902 136 524**.

Por último, y para cualquier incidencia con MAPFRE relacionada con los siniestros que se encuentren en trámite, pueden dirigirse directamente la **CORREDURÍA WILLIS IBERIA**, a:

-JOSE MARIA SALMERON-Director de siniestros.
jose.maria.salmeron@willis.com Tf 968 834 938 y 609 616 493
Dirección: C/ Central, nº 13, Planta 13. Edif. Torre Godoy. 30100 Murcia

CLÍNICAS CONCERTADAS DE MAPFRE VIDA PARA LA PÓLIZA 055-1380385457 DE “DEPORTE EN EDAD ESCOLAR” EN LA REGIÓN DE MURCIA

EN EL MUNICIPIO DE MURCIA

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|---|---|-------------|
| CLÍNICA LA FAMA | C/ Greco, 2. 30001 Murcia | 968 200 485 |
| CLINIMUR | C/ Greco, 2. 30001 Murcia | 968 200 485 |
| CENTRO DE MEDICINA DEL DEPORTE (CEMEDE) | C/ Dr. Jiménez Díaz, s/n. 30008 Murcia | 968 234 313 |
| Dr. JOSE MARIA ORFILA RUIZ | C/ Vistalegre, 29. 30007 Murcia | 868 957 545 |
| HOSPITAL MESA DEL CASTILLO | Ronda Sur, nº 20. 30010 Murcia | 968 246 116 |
| LA NUEVA SEDA | C/ Las Norias, 22. 30009 Murcia | 968 280 022 |
| SERVICIO TRAUMATOLOGÍA DRES. | Av. Miguel Hernández, 11. Junto Antiguo | 968 265 177 |



| | | |
|--|--|-------------|
| RIPOLL Y DE PRADO | Hospital San Carlos. 30011 Murcia. | |
| SCANNER MURCIA | C/ Abenarabi, 3. 30007 Murcia | 968 239 812 |
| RESONANCIA MAGNÉTICA DEL SURESTE, S.A. | Av. Miguel Hernández, 11. Junto Antiguo Hospital San Carlos. 30011Murcia | 968 341 890 |

EN EL MUNICIPIO DE CARTAGENA

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|------------------------------------|---|-------------|
| CENTRO MÉDICO VIRGEN DE LA CARIDAD | C/ Jorge Juan, 30. 30204 Cartagena | 968 506 666 |
| HOSPITAL PERPETUO SOCORRO | C/ Sebastián Feringan, 12. 30205 Cartagena. | 968 510 500 |
| PRACTISER | C/ Juan Fernández, 53. 30204 Cartagena | 968 330 033 |
| FISIOTERAPIA CARTAGENA, S.L. | C/ Jiménez de la Espada 71 Bajo - 30203 Cartagena | 968 089 690 |

EN EL MUNICIPIO DE LORCA

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|---|---|-------------|
| CLÍNICA DE MEDICINA DEL DEPORTE. DR. MORILLAS | C/ Saint Fons, 1. 30800 Lorca | 968 444 929 |
| ARTROMUR | Av. Juan Carlos I, nº 60. 30800 Lorca | |
| RESONANCIA MAGNÉTICA DEL SURESTE, S.A. | C/ Alameda de los Tristes, s/n. 30800 Lorca | 968 473 286 |

EN EL MUNICIPIO DE TOTANA

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|----------------------|------------------------------|-------------|
| CENTRO MÉDICO ESPAÑA | C/ El Pilar, 9. 30850 Totana | 968 418 226 |

EN EL MUNICIPIO DE ÁGUILAS

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|----------|--------------------------------------|-------------|
| ARTROMUR | C/ Conde de Aranda, 4. 30880 Águilas | 968 411 567 |

EN EL MUNICIPIO DE CARAVACA DE LA CRUZ

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|------------------|--|-------------|
| CLÍNICA CARAVACA | Av. Maruja Garrido, 5. 30400 Caravaca de la Cruz | 968 700 553 |

EN EL MUNICIPIO DE CIEZA

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|------------------------------|----------------------------------|-------------|
| HOSPITAL VEGA DEL RIO SEGURA | Cra. de Abarán, s/n. 30530 Cieza | 968 775 568 |

EN EL MUNICIPIO DE MOLINA DE SEGURA

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|---------------------|---|-------------|
| HOSPITAL VEGA MEDIA | C/ Dr. Ricardo Cano, 10. 30500 Molina de Segura | 968 610 010 |

EN EL MUNICIPIO DE ALCANTARILLA

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|------------------|---------------------------------------|-------------|
| CLÍNICA SAN JOSE | Cra.de Mula, s/n. 30820 Alcantarilla. | 968 707 744 |

EN EL MUNICIPIO DE YECLA

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|---------------------------------------|---|-------------|
| ZAFRILLA SERVICIOS MÉDICOS SANITARIOS | C/ Parque de la Constitución, 5. 30510 Yecla. | 968 790 891 |



ANEXO 1

**PRIMERA ASISTENCIA DE URGENCIA PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA
“DEPORTE EN EDAD ESCOLAR” PRESTADA POR EL S.M.S.**

**(A ENTREGAR EN EL HOSPITAL O CENTRO MÉDICO DEL SERVICIO MURCIANO DE
SALUD DONDE SE PRESTE LA PRIMERA ASISTENCIA DE URGENCIA)**

Yo,
con D. N. I., deportista del (centro de
enseñanza, club o entidad deportiva).....
del municipio de

DECLARO QUE soy beneficiario del Programa “Deporte en Edad Escolar”, convocado por la
Consejería de Cultura y Turismo, y en virtud de lo dispuesto en el Convenio de Colaboración
suscrito entre la Consejería de Cultura y Turismo y el Servicio Murciano de Salud en fecha
17 de noviembre de 2011, aplicable a las primeras asistencias de urgencia prestadas a partir
de 1 de Septiembre de 2011, solicito primera atención médica por el siniestro sufrido el día
.... de de 201..., acaecido en el transcurso de la siguiente
actividad:
desarrollada en.....

En a de de 201.....

Fdo.

FIRMADO POR EL PADRE, TUTOR, ENTRENADOR:

.....

D. N. I. nº:.....

**ESTE DOCUMENTO DEBERÁ ENTREGARSE EN EL HOSPITAL O CENTRO MÉDICO DEL SMS
DONDE SE PRESTE LA PRIMERA ASISTENCIA DE URGENCIA.**



PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES

Nº DE PÓLIZA: **055-1380385457**

Nº DE EXPEDIENTE:

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ D.N.I. _____
 PROFESIÓN : ESTUDIANTE _____ EDAD: _____ TELÉFONOS: _____
 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?: NO ¿TIENE PÓLIZA DE ACCIDENTES CON OTRA CÍA? NO
 NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____
 ¿HA INTERVENIDO ALGUNA AUTORIDAD?: NO ¿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 General Peron, 40, 28020 Madrid, bajo la supervisión y control de Mapfre Vida, Sociedad Anónima 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 _____

Nombre, apellidos y NIF del padre/madre o tutor del menor:

Fdo.: Padre/madre o tutor del menor:



PÓLIZA - 055-1380385457- MAPFRE VIDA

1.- Datos Personales del Perjudicado

Perjudicado D.N.I. Tfno:

Padre/Tutor D.N.I. Tfno:

Domicilio

CP: Municipio:

Club Deportivo/Centro Escolar/Asociación Deportiva:.....

Localidad Municipio Tfno:

2.- Descripción de la Actividad desarrollada y lugar de ocurrencia

Nombre de la Actividad o Competición

Lugar de ocurrencia e instalación deportiva

Categoría

Deporte desarrollado

Monitor, Coordinador, Entrenador

3.- Circunstancias y Descripción del siniestro

Causa:

Descripción:

4.- Observaciones

Otros datos de interés:

Centro Médico del SMS donde ha sido asistido de urgencias:.....

Centro Médico Concertado de MAPFRE VIDA donde solicita ser atendido:

Firmado en , a ... de de

Sello y VºBº
El Responsable del Ayuntamiento
o
El Responsable de la Federación

Firmado
El Entrenador /Delegado