



Diagonal, 648 - 08017 Barcelona  
Tel. (93) 205 22 13 - Fax (93) 205 27 67

Inscrita en el Registro Especial de Entidades  
Aseguradoras por R. O.  
de 11 de Abril de 1930.  
Constituidos los depósitos que marca la Ley.

## SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

Tomador: Departamento de Educación, Cultura y  
Deporte. Dirección General del Deporte.  
Póliza Número: **57-288**

Fecha de Efecto: 1 de Septiembre de 2018  
Fecha de Vencimiento: 31 de Agosto de 2019

## ANEXO AMPLIACIÓN

Mediante el presente anexo se amplía la cobertura para el periodo 01 septiembre 2018 a 31 agosto 2019, mateniéndose todas condiciones que rigen en la póliza 57-288.

## **SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA SANITARIA**

**\*\* CONDICIONES PARTICULARES \*\***

<b>PÓLIZA NUMERO</b>	<b>EFFECTO DEL SEGURO</b>	<b>VENCIMIENTO SEGURO</b>
57 -288	1 DE SEPTIEMBRE DE 2018	31 DE AGOSTO DE 2019

**AGENTE :** AON - GIL Y CARVAJAL (CÓDIGO: 20.878 )

**ASEGURADOR:** FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA  
AVDA. DIAGONAL 648 08017 BARCELONA

**TOMADOR:** DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE. - DIRECCIÓN  
GENERAL DEL DEPORTE CIF: S- 50.11001D  
Dirección: Parque Empresarial Dinamiza, Avenida Ranillas 5 D  
C.P: 50018 - ZARAGOZA C.I.F.: S- 50.11001D

**ASEGURADOS:** Ostentan tal condición todos los alumnos inscritos en el curso escolar correspondiente. La relación de los mismos obra en poder de Fiatc.

**BENEFICIARIOS:** Los propios Asegurados.

### **GARANTÍAS Y SUMAS ASEGURADAS**

Las indicadas en las condiciones generales

**PRIMA TOTAL ANUAL 2018-2019 POR ASEGURADO:**  
Participante: 4.95€

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 3 de la Ley 50/1980 sobre Contrato de Seguro y el artículo 107 del Reglamento de la Ley de Ordenación de los Seguros Privados, el Tomador y/o asegurado reconocen haber recibido, en esta misma fecha y con anterioridad a la celebración del contrato, toda la información sobre la legislación aplicable e instancias de reclamación así como el original de las Condiciones Generales y Particulares que rigen la presente póliza, declarando conocer y aceptar íntegramente su contenido y de manera expresa, el de las cláusulas limitativas de sus derechos contenidas en la misma y que son resaltadas de forma especial

## 1.-CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

### i.- NUMERO TOTAL DE ASEGURADOS

La prima total anual de 188.100,00 Euros, se establece para un colectivo mínimo de 38.000 asegurados, por lo que, si la prima devengada en función del número real de asegurados fuera inferior a este importe, no generaría ningún tipo de extorno.

### ii.- FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

- VENCIMIENTOS: El importe anual de la prima se repartirá en tres recibos en las siguientes fechas de efecto y vencimientos. La prima tiene carácter anual por lo que no podrá ser prorrateada en función del número de asegurados o del momento de alta de estos.

### Recibos

- | <u>Efecto</u> | <u>Vencimiento</u>  | <u>Importe Euros</u> |
|---------------|---|----------------------|
| • 15.11.2018  | - según altas hasta la fecha  |                      |
| • 02.05.2019  | - asegurados dados de alta desde el 16 de noviembre de 2018 al 01 de mayo 2019. |                      |
| • 31.08.2019  | - resto de primas adeudadas correspondientes al curso escolar 2018/2019.        |                      |

## ii.- FORMA DE PAGO:

De común acuerdo, las partes fijan como fechas de cobro de los recibos antes mencionados las siguientes:

### 3.- LISTADOS

El tomador enviará a la Compañía cada mes un listado en formato Excel con las altas producidas. El formato debe ser el indicado por la entidad para un control más ágil y eficaz.

### 4.- OTRAS CLAUSULAS PARTICULARES

"La presente póliza recoge el pliego de prescripciones técnicas del expte SADYC 01/16CA, cuyo contenido obra en poder del asegurador, prevaleciendo en caso de discrepancia sobre el contenido de la póliza".

El tomador se compromete a notificar mensualmente al Asegurador un listado con las altas que se vayan produciendo para incorporarlas al contrato a las condiciones y primas antes expuestas.

Cúmulo máximo de 5 millones de euros por siniestro.

\* \* \* \* \*

*En cumplimiento de lo establecido en el artículo 3 de la Ley 50/1980 sobre Contrato de Seguro y el artículo 107 del Reglamento de la Ley de Ordenación de los Seguros Privados, el Tomador y/o asegurado reconocen haber recibido, en esta misma fecha y con anterioridad a la celebración del contrato, toda la información sobre la legislación aplicable e instancias de reclamación así como el original de las Condiciones Generales y Particulares que rigen la presente póliza, declarando conocer y aceptar íntegramente su contenido y de manera expresa, el de las cláusulas limitativas de sus derechos contenidas en la misma y que son resaltadas de forma especial.*

*“En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud sean tratados informáticamente por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo.*

*Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a (Entidad aseguradora). En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro”.*

NOTA: La anterior relación de CENTROS CONCERTADOS será susceptible de ampliar y modificar por el Tomador en función de la maximización de la eficacia asistencial garantizada por FIATC. Dichos cambios deberán comunicarse con un preaviso mínimo de un mes.

\* \* \* \* \*

Hecho por duplicado en Barcelona, a 1 de septiembre 2018.

EL TOMADOR DEL SEGURO

EL ASEGURADOR  
FIATC Mutua de Seguros y  
Reaseguros a Prima Fija

Dr. Luis Bachs Cases  
Director Área de Salud FIATC

# CENTROS CONCERTADOS

## ZARAGOZA

### **Hospital Viamed Montecanal.**

Asistencia Global  
Franz Schubert, 2  
876.24.18.18

### **Fadema Rehabilitación.**

Pablo Ruiz Picasso, 64

### **Maz.**

1ª Asistencia + RHB  
Pso del Muro, 85  
976.66.36.37-  
Ejea de los Caballeros.

### **Maz.**

1ª Asistencia + Rhb  
Polvorín s/n Local A.  
976.85.22.86 Borja.

### **Centro Médico Calatayud**

1ª Asistencia + RHB  
Glen Ellyn 3  
976.89.77.77 Calatayud.

### **Centro de Fisioterapia y Rehabilitación.**

Ctra. Zaragoza, 1 Local A  
976.64.42.56 Tarazona

### **Dr. La Fuente Híjar**

Trauma y Rehabilitación.  
C/Diputación 6 – Bj  
976.63.66.15 Caspe



## TERUEL

### **DR. Tomás Jiménez Navarro**

1ª Asistencia.

Joaquín Aranau 10 Entlo A

978.60.06.00

### **Tatiana Vicente Salar**

Rehabilitación.

Av. América, 9 Bj.

978.62.20.10

### **Centro Asistencial Bajo Aragón.**

1ª Asistencia + RHB

Belmonte de San José 21 Bj.

978.83.86.49 Alcañiz.

### **Mediasa.**

1ª Asistencia + RHB

San Jorge, 46 1º Edif. Kan

978.88.02.11 Andorra.

## HUESCA

### **Hospital Viamed Santiago.**

Asistencia +RHB

Sariñena, 12

974.22.06.00

### **Centro Médico Seap.**

1ª Asistencia + RHB

Barón Eroles, 15

974.40.42.80 Monzón.

### **Policlínica Somontano**

1ª Asistencia + RHB

Av. Pirineos 11

974.31.65.15 Barbastro.

### **Médica Fraga.**

1ª Asistencia + RHB

Agustina de Aragón 22

974.47.19.07 Fraga.

**Fermar Salud .**

1ª Asistencia + RHB  
Av Llérida 35  
974.42.98.51 Binéfar.

**Policlínica Pirineos.**

Rehabilitación  
Av. Regimiento de Galicia,15  
974.36.33.36 Jaca.

**Fisiobenas.**

Rehabilitación  
Psje de los Tilos s/n  
974.11.10.45 Benasque.

**Fisiobarbe.**

Rehabilitación  
Av. Aragón, 6 Bj.  
974.50.05.19 Aínsa.

**Esther Vives Torras.**

Rehabilitación  
Ed. Les Coples, 4 - 2ª2ª  
653.586.088 Villanova.

# PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE POR LA PRÁCTICA DEPORTIVA



## Asistencia directa a Centro Concertado de Urgencias

### A.- PRIMERA ASISTENCIA CON MOTIVO DE UN ACCIDENTE INCLUIDO EN LAS COBERTURAS DE LA POLIZA DE ACCIDENTES

El federado que, por motivo de un accidente incluido en las coberturas de la póliza, requiera asistencia de urgencia, deberá llamar al teléfono permanente de asistencia de urgencias de FIATC 902.102.264 donde se identificará como participante en las actividades de la Dirección General del Deporte de Aragón.

En dicho teléfono, se le solicitará:

- Nombre y dos apellidos
- DNI
- Lugar del accidente
- Fecha del accidente
- Descripción del siniestro
- N° de teléfono de contacto

Sobre la base de esta información, el equipo médico que atiende el teléfono de urgencias:

- FACILITARÁ EL NUMERO DE EXPEDIENTE DEL SINIESTRO. Este número será el número de referencia para todas las comunicaciones y autorizaciones posteriores, por lo que se ha de anotar y conservar en lugar seguro.
- Valorará el tipo de asistencia que requiere el accidentado.

Dependiendo de la localización geográfica del accidentado, del tipo de lesión y de su estado, el médico coordinador le indicará cual es el centro concertado mas próximo donde pueda recibir la adecuada asistencia, activando, si estuviera indicado, los medios sanitarios de transporte necesarios para su traslado.

FIATC enviará por fax al centro designado, autorización para primera asistencia,

indicando:

- Datos del Accidentado
- Número de expediente

A su llegada al centro sanitario, el accidentado se deberá identificar por medio de:

- Su D.N.I.
- El número de expediente facilitado por FIATC

### **Si requiere ingreso o intervención quirúrgica urgente e inmediata.**

Recibida la primera asistencia, si se requiere ingreso o intervención urgente de manera inmediata, **el centro sanitario** solicitará autorización al fax de atención 24 horas de FIATC 93 418 64 15 o al email [autorizaciones.federaciones@fiatc.es](mailto:autorizaciones.federaciones@fiatc.es), acompañando:

- Número de Expediente (figura en la autorización de primera asistencia).
- Informe médico indicando diagnóstico, descripción de la asistencia recibida.
- Prescripción de la asistencia necesaria.
- Copia de la Licencia.

FIATC contestará directamente al centro, autorizando o denegando dicha asistencia.

### **B.- CUMPLIMENTACION DEL PARTE DE ACCIDENTE**

En cualquiera de los casos anteriores, el asegurado o alguien en su nombre, cumplimentará el correspondiente parte de Accidente, DENTRO DE LAS PRIMERAS 48 HORAS SIGUIENTES A HABERSE PRODUCIDO EL ACCIDENTE.

El impreso de parte de accidente será facilitado según los casos, por la propia entidad, el club al que pertenece el asegurado, el centro concertado donde realiza la primera asistencia de urgencias o la Delegación de FIATC de la zona.

A dicho parte, el accidentado o alguien en su nombre deberá acompañar:

- Fotocopia de la acreditación del año en curso

- Si ha recibido una primera asistencia de urgencias, informe médico indicando diagnóstico, descripción de la asistencia recibida y prescripción de posterior asistencia necesaria

Una vez cumplimentado el Parte de Accidente (**incluido la firma y sello del club o la entidad, según el caso**) este, junto con el resto de documentación, será remitido al fax 976223270 de FIATC Zaragoza o por email a [autorizaciones.federaciones@fiatc.es](mailto:autorizaciones.federaciones@fiatc.es) acompañando:

<p style="text-align: center;"><b>C.- SOLICITUDES DE CONTINUIDAD DE ASISTENCIA, DESPUÉS DE LA URGENCIA O DE LA PRIMERA VISITA NO URGENTE</b></p>
--

Si como consecuencia de una primera atención, en el criterio de los facultativos que atendieron al asegurado, se requiere nueva asistencia (exploraciones complementarias, rehabilitación, visitas sucesivas, etc.), una vez cumplimentado y presentado el parte de accidente, para tener acceso a dicha asistencia, el asegurado deberá solicitar la oportuna autorización en las oficinas de la sucursal de FIATC que corresponda, al fax 976223270 de FIATC Zaragoza o por email a [autorizaciones.federaciones@fiatc.es](mailto:autorizaciones.federaciones@fiatc.es), acompañando:

- Copia del parte de accidente presentado en su momento
- Copia de la acreditación.
- Prescripción Médica

Una vez obtenida la autorización, el asegurado podrá acudir al profesional o centro concertado, para recibir la asistencia prescrita.

Ante nuevos requerimientos de asistencia no incluidos en las autorizaciones emitidas, se deberá de repetir este proceso tantas veces como sea preciso.

## D.- EN RESUMEN

### ANTE LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE:

- 1.-Si requiere asistencia urgente, diríjase al centro concertado más próximo. Tenga su tarjeta de Federado y su DNI a mano, pues le será solicitado en dicho centro.
- 2.-Después de realizada la asistencia, solicite un informe médico de la asistencia recibida.
- 3.-Con este informe, cumplimente el Parte de Accidente, dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del accidente, hágalo sellar por el Club y remítalo al fax 976223270 de FIATC Zaragoza o por email a [autorizaciones.federaciones@fiatc.es](mailto:autorizaciones.federaciones@fiatc.es)
- 4.-Para sucesivas asistencias derivadas del mismo accidente, solicite autorización al fax 976223270 de FIATC Zaragoza o por email a [autorizaciones.federaciones@fiatc.es](mailto:autorizaciones.federaciones@fiatc.es)

**Y, ante cualquier problema o consulta, llame al 902 102 264 si se encuentra en territorio nacional y en caso de estar en el extranjero, llame al 932 001 819. Es su teléfono amigo y está para ayudarle a resolver cualquier problema que pueda Ud. tener relativo a su accidente.**

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PARA ASEGURADOS  
ASISTENCIA DIRECTA A CENTRO CONCERTADO



TOMADOR	57-288
Nº DE EXPEDIENTE	

**DATOS DEL LESIONADO**

NOMBRE Y APELLIDOS _____	DNI _____	EDAD _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELÉFONO _____
Nº LICENCIA _____		

**CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**

D. \_\_\_\_\_, Con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, en nombre y representación de la Entidad Deportiva, Club o Federación arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: \_\_\_\_\_ CLUB : \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
 FECHA DE OCURRENCIA \_\_\_\_\_  
 FORMA DE OCURRENCIA \_\_\_\_\_

ATENCIÓN SANITARIA EN \_\_\_\_\_

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 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 indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguro, 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 FIATC, bajo la supervisión y control de FIATC., 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.

Firma del Lesionado

Sello y firma del Club