



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: Federación Madrileña de Patinaje
Póliza Número: 57-142

Fecha de Efecto: 01 de Septiembre de 2018
Fecha de Vencimiento: 31 de Agosto de 2019

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º.- MARCO JURÍDICO REGULADOR

La legislación aplicable al contrato de seguro concertado con FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS es la española, rigiéndose de forma específica por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de contrato de Seguro, y por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como por sus respectivas normas reglamentarias de desarrollo, y con carácter general se rige por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y derechos de las partes en este contrato.

FIATC tiene señalada su sede social en Avenida Diagonal 648 – 08017– Barcelona, España, Estado al que corresponde el control de su actividad, a través de la autoridad Dirección General de Seguros Y Fondos de Pensiones.

Los Estatutos de nuestra Mutua se encuentran a su disposición en cualquiera de nuestras oficinas así como en la página web www.fiatc.es. Igualmente, la Entidad facilitará al tomador del seguro que lo solicite los mecanismos pertinentes de acceso al informe sobre la situación financiera y de solvencia de FIATC.

ARTÍCULO 2º.- DEFINICIONES PRELIMINARES

ACCIDENTE: Se entiende por accidente la lesión corporal, sufrida durante la vigencia de la Póliza, que derive de una causa violenta,

súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. En ningún caso se considerará accidente:

- a) **El infarto de miocardio**, entendiéndose como tal la muerte o necrosis de parte del músculo cardíaco (miocardio), consecuencia de la obstrucción de una o varias arterias coronarias, confirmada por un historial de dolor precordial de pecho, alteraciones en los electrocardiogramas y enzimas cardíacas (fracción MB de la creatincinasa) superiores a los niveles normales de laboratorio.
- b) **La apoplejia o accidente cerebrovascular**, entendiéndose como tal el accidente de una duración superior a 24 horas originado por una trombosis cerebral, una embolia o una hemorragia que genere secuelas neurológicas de naturaleza permanente y que supongan un grave menoscabo funcional para la realización de las actividades diarias.
- c) **Cualquier enfermedad, incluso las profesionales, siendo éstas las calificadas como tales por el Instituto Nacional de Salud**, lumbago, ciáticas, esguinces y desgarros musculares, a menos que se pruebe ser consecuencia directa de accidentes garantizados por el presente contrato, las enfermedades infecciosas, lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbozo (vahídos, desvanecimientos, síncope, epilepsia o epileptiformes, roturas o aneurismas, varices, etc.) y las hernias de cualquier clase y naturaleza, así como sus agravaciones.
- d) **La intoxicación alimentaria, la congelación y la insolación y otros efectos de la temperatura y presión atmosférica**, salvo que el asegurado esté expuesto a ellas como consecuencia de un accidente cubierto por el presente contrato.

ASEGURADOS: Los deportistas, entrenadores, encargados de

material, preparadores, fisioterapeutas, ATS, médicos, delegados, árbitros inscritos correctamente dados de alta en la Federación que contrata la póliza.

ASEGURADOR O ENTIDAD ASEGURADORA: FIATC, Mutua de Seguros y Reaseguros (en adelante FIATC), que como Aseguradora asume los riesgos que se pactan en este contrato.

BENEFICIARIO: Persona física o jurídica titular del derecho a la prestación del servicio o a la indemnización.

CONSULTA: Acción de atender y examinar el médico a un enfermo, realizando las exploraciones habituales para, con o sin el apoyo de otras pruebas de diagnóstico complementarias, obtener un diagnóstico, un pronóstico y prescribir un tratamiento.

DOMICILIO DEL TOMADOR Y DEL ASEGURADO: El que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ENFERMEDAD O LESIÓN: Toda alteración del estado de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza.

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Es aquella enfermedad con la que se nace, bien por ser hereditaria o por haberse contraído en el útero de la madre.

ENFERMEDAD, DEFECTO O MALFORMACIÓN PREEXISTENTE: Es aquella alteración de la salud que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro y que normalmente hubiera sido percibida por signos o síntomas, independientemente

de que exista un diagnóstico médico.

ESPECIALISTA: Médico con titulación legal específica de la especialidad médica o quirúrgica que se trate.

EXCLUSIONES: Las cláusulas contractuales que suprimen alguna de las garantías asegurables.

EXPLORACIONES ESPECIALES: Las que son propias de una determinada especialidad médica y requieren técnicas o aparatos especiales.

CENTROS CONCERTADOS: Lista vigente, considerándose como tal la última publicada, de profesionales y centros hospitalarios concertados por FIATC, y que ésta ofrece al Asegurado.

HOSPITAL O CENTRO HOSPITALARIO: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios para efectuar diagnósticos, intervenciones quirúrgicas e internamiento de hasta 24 horas. Estos centros pueden disponer además de unidades especiales de hospitalización y de hospital de día.

A los efectos de la póliza no se considerarán hospitales, los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas, tratamientos de drogadicción o alcoholismo e instituciones similares.

HOSPITALIZACIÓN: Se considera como tal el que una persona figure registrada como paciente en un hospital y que permanezca ingresada un mínimo de 24 horas.

HOSPITALIZACIÓN EN UNIDADES ESPECIALES: Es la ocupación de una cama hospitalaria, que por sus características respecto a los medios técnicos, médicos y de cuidados de enfermería empleados, la diferencian de la hospitalización general o habitual. Estas unidades están fundamentalmente destinadas a: la vigilancia y tratamiento intensivo de pacientes graves o de alto riesgo (cuidados intensivos, coronarias, neonatología); el tratamiento específico de ciertas enfermedades o lesiones (unidad de quemados, unidad de lesionados raquimedulares); o al aislamiento del paciente, bien porque este pueda ser contaminante (unidad de infecciosos, unidad para el tratamiento con isótopos radiactivos) o bien para evitar su contaminación al tener alterado su sistema inmunológico (unidad de aislamiento en enfermos trasplantados).

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA: Supone la ocupación de una cama de hospitalización de un centro médico o de un hospital por un período inferior a 24 horas y habitualmente pernoctando el enfermo en su domicilio.

HOSPITALIZACIÓN EN DOMICILIO: Consiste en la atención médica y de enfermería, al paciente encamado en su propio domicilio, con la colaboración de su familia, que permita la asistencia, sin necesidad de ingreso hospitalario, de enfermedades o lesiones crónicas o la recuperación después de intervenciones quirúrgicas.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuado por un cirujano y que requiera normalmente la utilización de una sala de operaciones.

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: Se entiende como tal el material utilizado para la fijación de los extremos de un mismo hueso fracturado.

MÉDICO: Doctor o licenciado en Medicina, legalmente autorizado para realizar todo tipo de Asistencia Médica a personas.

PÓLIZA: Conjunto de documentos que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de la póliza estas Condiciones Generales, las Particulares y los Suplementos, Anexos o Apéndices que se emitan a los mismos para complementarlos o modificarlos, así como la relación de CENTROS CONCERTADOS de la Entidad.

PRIMA: El precio del seguro. En la Póliza o en el recibo se incluirán los recargos e impuestos que sean de aplicación según la legislación vigente.

PROCESO: Es el conjunto de actos médicos que conforman el diagnóstico y tratamiento de una misma enfermedad, consulta, analítica, radiología y otros medios de diagnóstico, así como los tratamientos de cirugía, hospitalización y rehabilitación en cada caso.

PRÓTESIS: Todo elemento que reemplaza a una parte corporal ausente o efectúa la función total o parcial del órgano.

SINIESTRO: Se entiende por siniestro la ocurrencia de cualquier acontecimiento que dé lugar a la aplicación de alguna de las garantías contratadas en la Póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: Es la persona física o jurídica que, conjuntamente con FIATC, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

URGENCIA: Situación caracterizada por la inesperada, repentina y crítica alteración del estado de salud de forma que la vida o capacidad funcional del paciente están amenazadas.

URGENCIA EXTREMA O VITAL: Cuando en la situación de urgencia el riesgo es de muerte inminente, de grandes lesiones o incapacidades y que requiriere un tratamiento lo más inmediato posible.

ARTÍCULO 3º. SUJETOS Y OBJETO DEL SEGURO

Uno: Sujetos del Contrato.-

El presente contrato de aseguramiento se realiza entre FIATC Mutua de seguros y Reaseguros, como Asegurador y la FEDERACIÓN MADRILEÑA DE PATINAJE, como Tomador.

Dos: Objeto del Seguro.-

A) ASISTENCIA SANITARIA

1.- Riesgos cubiertos.-

- a) El presente seguro garantiza la cobertura de las asistencias médico – sanitarias derivadas de accidentes deportivos sufridos por los asegurados, según se recoge en el RD 849/1993 (seguro obligatorio para deportistas federados). Se entiende por accidente deportivo a efectos de esta póliza, el sufrido por los asegurados con ocasión del ejercicio de la actividad deportiva objeto de la póliza (hockey línea, hockey patines y patinaje), 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, entrenamiento o desplazamiento,

debidamente programada y organizada o dirigida por la Federación, club u organismo deportivo, excluyéndose por tanto la práctica privada de dicho deporte con los siguientes límites:

- (i) En el territorio nacional por cuantía ilimitada y con un límite temporal de 18 meses desde la fecha de ocurrencia de la lesión, excepto en el caso de gastos por asistencia odontológica y de prótesis dentaria originados por los daños que pudiere sufrir el Asegurado en su dentadura natural o en las prótesis inamovibles preexistentes, a causa de una lesión garantizada, en cuyo caso la cantidad máxima a reembolsar por el conjunto de este concepto será como máximo de 241,00 euros.
- (ii) En el extranjero hasta 6.010,12 euros, con un límite temporal de 18 meses desde la fecha de ocurrencia de la lesión.

- b) No tendrán concepto de asegurados los jugadores profesionales, aún cuando estén inscritos en la Federación indicada en el punto a) anterior. Se entiende como deportista profesional aquel que vive exclusivamente del deporte contratado en la póliza.
- c) Riesgo in itinere: El traslado desde el domicilio del asegurado hasta el lugar donde se desarrolla la actividad objeto del seguro, y el regreso hasta su domicilio

2.- Riesgos excluidos.-

Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro los siguientes riesgos:

- a) No serán a cargo de la Aseguradora los costes asistenciales (intervenciones quirúrgicas pendientes, rehabilitaciones, etc...) derivados de lesiones preexistentes a la firma de la póliza.
- b) Quedan excluidas aquellas asistencias médico - sanitarias de especialidades que no guarden relación con el objeto del seguro descrito en el anterior punto Dos.
- c) Las lesiones provocadas intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa del mismo y las mutilaciones voluntarias.
- d) Las lesiones y consecuencias derivadas de duelos, riñas y comisión o intento de ello por parte del Asegurado de actos delictivos.
- e) Queda excluida la responsabilidad asistencial por parte de la compañía, de las lesiones sufridas en Accidente de Tráfico, salvo las derivadas de los transportes sanitarios incluidos en las coberturas de esta póliza, así como las lesiones ocasionadas por agresiones personales que pudieran sufrir los deportistas (Cláusula de Subrogación), aunque sean con ocasión de participación en la actividad objeto de cobertura.
- f) Las lesiones sobrevenidas en estado de enajenación mental, embriaguez manifiesta o bajo efecto de estupefacientes.
- g) Las hernias de cualquier clase, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias, desgarros musculares, distensiones musculares y tirones que no sean consecuencia de lo descrito como definición del objeto del seguro, anterior punto 1.- Riesgos Cubiertos.
- h) Los procesos patológicos derivados de la ingestión de alimentos en mal estado.

- i) Las consecuencias psíquicas de cualquier tipo.

NOTA: No están comprendidos dentro de la cobertura de la póliza, las posibles nuevas técnicas complementarias de diagnóstico o terapéuticas que vayan apareciendo en el espectro asistencial de la Medicina. En cualquier caso, FIATC, siguiendo su norma tradicional las incorporará a su póliza, cuando su utilidad y eficacia estén contrastadas.

En la presente cobertura en ningún caso quedarán garantizados los gastos de traslado y estancia extrahospitalaria.

3.- Forma de Prestar los Servicios.-

La prestación de la Asistencia Sanitaria vendrá definida por las siguientes condiciones:

- 1.- La asistencia será facilitada exclusivamente, por los facultativos, centros hospitalarios, centros de diagnóstico y asistenciales concertados por FIATC, que se detallarán en el anexo 1 de esta póliza, bajo el epígrafe de "CENTROS CONCERTADOS".

FIATC no se hará cargo de ningún coste de asistencia sanitaria generado por el incumplimiento de esta condición. En el caso de que, por obligación legal, FIATC se viera en la necesidad de atender facturas de proveedores sanitarios ajenos a la lista de centros concertados, el importe de dicha asistencia será repercutido a la Federación, junto con la información necesaria para que esta pueda, a su vez, resarcirse de dicho coste, si lo considera oportuno.

Sólo se cubrirán las atenciones en el Sistema Nacional de Salud siempre y cuando se trate de una urgencia vital y durante las primeras 24 horas del siniestro, después de este periodo FIATC no se hará cargo de ninguna asistencia a no ser que sea en centros concertado.

- 2.- Se incluye como prestación cubierta el transporte sanitario adecuado del lesionado, desde el lugar de la lesión al centro asistencial concertado más próximo, que haya sido realizado inmediatamente después del accidente y cuando tal servicio resulte necesario para la salud del Asegurado.
- 3.- También quedan cubiertos los gastos de locomoción derivados del proceso de curación garantizado cuando, a criterio del Asegurador y en función de la gravedad de la lesión, sea necesario el traslado por medios especiales. En cualquier caso, requerirá la autorización del Asegurador.
- 4.- Los gastos por asistencia odontológica y de prótesis dentaria originados por los daños que pudiere sufrir el Asegurado en su dentadura natural o en las prótesis inamovibles preexistentes, a causa de una lesión garantizada, con los límites indicados en el Art. 3 A) 1.- Riesgos Cubiertos a) (i) a realizar en cualquier centro, a elección del asegurado, debiendo presentarse al Asegurador el original de la factura y del recibo emitidos por el centro asistencial.
- 5.- Cada vez que se precise cualquier tipo de asistencia, el asegurado deberá seguir el protocolo de actuación en

caso de accidente detallado en el presente contrato y presentar en el centro asistencial concertado o facultativo al que acuda, el DNI, la ficha federativa y el parte de lesiones en su caso, cumplimentado por el Club o la Federación.

- 6.- Aquellos asegurados que estando de baja médica, practiquen cualquier actividad deportiva y precisen asistencia médica originada por esta práctica, quedan excluidos de la asistencia de la compañía "sine die".
- 7.- Las exploraciones, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos de rehabilitación, solo podrán ser prescritos por los facultativos del cuadro de la compañía.
- 8.- El asegurado no deberá abonar cantidad alguna al ser atendido por los facultativos ó servicios concertados por el Asegurador y pondrá en comunicación de la Entidad cualquier irregularidad que se produzca en este sentido.
- 9.- El asegurado en ningún caso deberá acudir simultáneamente o sucesivamente a dos facultativos de la misma especialidad, por un mismo motivo ó dolencia, sin la autorización previa del Asegurador.

B) INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES CORPORALES

1.- Riesgos Cubiertos.-

El Asegurador asume la cobertura de las garantías que a continuación se indican.

- a) Muerte ocurrida inmediatamente o dentro del plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente. Capital garantizado 6.010,12 € por persona mayor de 14 años, capital garantizado 3.005,06 € para persona menor de 14 años en concepto de gastos de sepelio.
- b) Muerte ocurrida inmediatamente o dentro del plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente, pero sin causa directa del mismo, por un importe mínimo de 1.803 € por persona.
- c) Invalidez permanente comprobada dentro del plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente. Capital garantizado hasta 12.020,24 € por persona.

Según sea la pérdida orgánica o funcional de los miembros y/o facultades del Asegurado, la invalidez permanente puede tener distintos grados de intensidad.

Dichos grados, expresados a continuación porcentualmente, indican a la vez la proporción de la suma asegurada que procede indemnizar en cada caso:

	DERECHO	IZQUIERDO
Pérdida del brazo o de la mano	70%	60%
Anquilosis completa de un hombro	30%	25%
Anquilosis completa de un codo	25%	20%
Pérdida total del dedo pulgar	32%	28%
Pérdida total del dedo índice	20%	10%
Pérdida total de uno de los demás dedos de una mano	8%	6%
Pérdida de una pierna por encima de la rodilla		50%
Pérdida de una pierna por debajo de la rodilla o de un pie		40%
Anquilosis completa de la cadera, rodilla o pie		30%

Pérdida de una pierna por fractura no consolidada, excepto de sus dedos	40%
Pérdida del dedo gordo de un pie	10%
Pérdida de cualquier otro dedo de un pie	8%
Pérdida total de la visión de un ojo con o sin ablación	40%
Sordera completa de ambos oídos	60%
Sordera completa de un oído	25%
Pérdida del habla (mudez absoluta)	20%
Pérdida completa de dos miembros	100%
Enajenación mental incurable y absoluta que excluye cualquier trabajo	100%
Parálisis completa	100%
Ceguera completa	100%

Si el Asegurado es zurdo, lo cual deberá ser demostrado, se invierte, en lo pertinente, el baremo.

El grado de intensidad que corresponde a cualquier estado de invalidez permanente no previsto en la tabla anterior será fijado por comparación con los grados consignados en dicha tabla, sin tener en cuenta la profesión del Asegurado.

Cuando la pérdida anatómica o funcional de los miembros u órganos del Asegurado sea sólo parcial, el grado de intensidad de la invalidez resultante se fijará en proporción a dicha pérdida.

En el caso de que el Asegurado perdiese simultáneamente varios miembros u órganos, el grado de invalidez se fijará sumando los respectivos grados de intensidad de cada pérdida. No obstante, la indemnización procedente no podrá sobrepasar el 100% de la suma asegurada por esta garantía.

Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba ya

con anterioridad al mismo un defecto anatómico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte después del accidente.

Si las partes no se pusiesen de acuerdo en la valoración del grado de invalidez, se someterán al procedimiento de peritación previsto en los artículos 38 y 39 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, o de cualquier otra que sustituya o modifique a la citada.

Si después del pago de la indemnización por invalidez permanente el Asegurado fallece a consecuencia del accidente, dentro del plazo previsto en el apartado a) de este artículo, el Asegurador abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la asegurada para caso de muerte, si ésta es superior. En caso de ser inferior, el Asegurador no tendrá derecho a reintegro alguno.

2.- Riesgos Excluidos.-

Quedan excluidos de las garantías de la presente póliza:

- a) Los accidentes y/o consecuencias ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza.
- b) Los hechos que no tengan consideración de accidente de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 2º.
- c) Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa de suicidio y las mutilaciones voluntarias.
- d) Los accidentes a causa de guerras, motines, revoluciones, terremotos, maremotos y movimientos sísmicos, salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarían amparados por la cobertura de Riesgos Extraordinarios.
- e) Las lesiones provocadas por sustancias radioactivas o nucleares.

- f) Las consecuencias derivadas de duelos, riñas y comisión o intento de comisión por parte del Asegurado de actos delictivos.
- g) Los accidentes sobrevenidos en estado de enajenación mental, embriaguez manifiesta o bajos los efectos de estupefacientes.
- h) Las enfermedades de cualquier clase y naturaleza, incluidas las profesionales, siempre y cuando no hayan sido provocadas directamente por traumatismo accidental. Se entenderá expresamente excluido el infarto de miocardio, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.
- i) Las hernias de cualquier clase, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias y desgarros musculares, distensiones musculares y tirones que no sean consecuencia de un accidente.
- j) Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que el Asegurado esté expuesto a ellos como consecuencia de un accidente.
- k) Los envenenamientos ocurridos por ingestión de alimentos en mal estado.
- l) Las consecuencias puramente psíquicas de un accidente.
- m) Las operaciones o intervenciones practicadas por el Asegurado sobre sí mismo.
- n) Las agravaciones que sobre las consecuencias directas del accidente puedan provocar en la salud del Asegurado cualquier enfermedad, estado morboso o invalidez, preexistentes o sobrevenidos al accidente por causa independiente del mismo. En tales supuestos, el Asegurador responderá solamente de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias ajenas.
- ñ) La práctica como profesional de cualquier deporte; la práctica como aficionado de deportes aéreos en general

(paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultraligeros, planeadores, etc.) y la participación en competiciones de vehículos a motor, incluidos entrenamientos.

Quedará igualmente excluida la práctica de aquellos deportes que por sus características y peligrosidad sean asimilables a los anteriores, como puenting, barranquismo, rafting, etc.

ARTÍCULO 4º.- DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las condiciones particulares, y a su vencimiento, se prorrogará por períodos no superiores al año, por acuerdo mutuo de las partes. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea FIATC.

ARTÍCULO 5º. PAGO DE PRIMAS

Uno. El Tomador del seguro, está obligado al pago de la prima, lo cual se realizará en su domicilio, salvo que en condición particular se acuerde otra cosa. El pago de los recibos de prima por el Tomador del seguro a un Agente Afecto Representante del Asegurador se entenderá realizado a la Entidad Aseguradora, salvo que ello se haya excluido expresamente en las condiciones particulares de la Póliza. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado a

la Entidad Aseguradora, salvo que, a cambio, el corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de la prima de la Entidad Aseguradora.

Dos. Salvo que en las condiciones particulares se acuerde otra cosa, la prima total será exigible, una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su aplicación salvo pacto en contrario.

Tres. Si en las condiciones particulares se hubiera acordado el fraccionamiento de la prima, en el caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas primas, la cobertura del Asegurador quedará **suspendida un mes** después del día de la fecha de efecto del recibo correspondiente. Si no se reclama el pago dentro de **los dos meses** siguientes a dicha fecha de efecto, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener el efecto a **las 24 horas** del día en que el Tomador pague la prima.

ARTÍCULO 6°. OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL ASEGURADOR

Uno. Además de prestar la asistencia garantizada, el Asegurador deberá entregar al Tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como el resto de documentos que haya suscrito el Tomador.

Dos. El Asegurador entregará al Tomador del seguro la relación de Centros Concertados de la Entidad, con especificación del Centro Permanente de Urgencia, de los Hospitales y Clínicas concertadas y de las direcciones y de consulta de sus facultativos y centros asistenciales.

Tres. El Asegurador, una vez pagada la indemnización, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización con las siguientes condiciones:

- a) El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.
- b) El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto al Asegurado, cónyuge, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Pero esta forma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.
- c) En caso de concurrencia de Asegurador y Asegurado frente

a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

ARTÍCULO 7º. COMUNICACIÓN Y JURISDICCIÓN

Uno. Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél, señalado en la póliza, pero si se realizan a un Agente afecto representante del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro, se realizarán en el domicilio del mismo recogido en la póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un Agente libre o un Corredor al Asegurador en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

Dos. El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

Tres. Al objeto de solventar aquellos casos susceptibles de interpretación en el desarrollo del proceso administrativo – asistencial, se creará una comisión paritaria formada por dos personas por cada una de las partes (Tomador y Asegurador), teniendo una de ellas criterios médicos y otra administrativos.

ARTÍCULO 8º. LIBRO DE RECLAMACIONES

En todas las oficinas del Asegurador existe un libro oficial de

reclamaciones para que los Asegurados puedan hacer constar en él las que consideren oportunas.

ARTÍCULO 9º. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN EN CASO DE LITIGIO

UNO: SERVICIO DE CALIDAD Y ATENCIÓN AL CLIENTE (SCAC):

El Departamento o Servicio de Atención al Cliente atenderá, instruirá y resolverá la integridad de las quejas y reclamaciones que presenten los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios o Terceros Perjudicados relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos por cualquier razón derivada del contrato del seguro.

El Departamento de Atención al Cliente (SCAC) se encuentra en nuestra sede sita en Avenida Diagonal, núm.648, -08017- de Barcelona, Teléfono Atención de Incidencias y Reclamaciones 900 567 567, Fax 936 027 374 y dirección de correo electrónico scac@fiatc.es. El SCAC dispondrá de UN MES a contar desde la presentación de la queja o reclamación para dictar un pronunciamiento definitivo.

DOS. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO:

El reclamante en caso de disconformidad con el resultado emitido o bien en ausencia de resolución en el plazo de un mes por parte del SCAC puede presentar su reclamación ante el SERVICIO DE RECLAMACIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS FONDOS DE PENSIONES, dependiente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en Paseo de la Castellana, núm. 44, -28046- de Madrid.

TRES: JUECES Y TRIBUNALES

Con carácter general y sin obligación previa de acudir a los

anteriores procedimientos, los conflictos se resolverán por los Jueces y Tribunales que correspondan.

ARTÍCULO 10º. CLÁUSULA PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de la normativa de protección de datos, a continuación, le informamos de los términos y condiciones del tratamiento de datos personales efectuados por FIATC.

¿Quién va a responsabilizarse de los datos personales facilitados?

FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS (FIATC)

¿Por qué recogemos datos personales?

Para formalizar el contrato de seguro, así como gestionar las coberturas contratadas y valorar el riesgo que asumimos y poder calcular el precio para cada cliente.

¿Podemos tratar los datos personales que nos proporciona?

Si, en cumplimiento de las obligaciones legales establecidas en la normativa del sector seguros.

¿A quién vamos a comunicar los datos personales que tratamos?

Los datos personales no se cederán a terceros, salvo obligación legal.

Para la contratación de la póliza y para prestar las coberturas contratadas, contamos con diferentes encargados del tratamiento, todos ellos en la Unión Europea.

¿Qué derechos tiene?

Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos facilitados, así como al ejercicio de otros derechos detallados en la información adicional.

Información adicional Puedes consultar información detallada sobre la protección de datos por parte de FIATC en www.fiatc.es/politica-proteccion-datos

SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA SANITARIA

** CONDICIONES PARTICULARES **

PÓLIZA NUMERO	EFFECTO DEL SEGURO	VENCIMIENTO SEGURO
57 -142	01 DE SEPTIEMBRE DE 2018	31 DE AGOSTO DE 2019

AGENTE : HOWDEN (20596)

ASEGURADOR: FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS
AVDA. DIAGONAL 648 08017 BARCELONA

TOMADOR: FEDERACIÓN MADRILEÑA DE PATINAJE G-79264909
Dirección: C/ Arroyo del Olivar 49 1º 28018 Madrid

ASEGURADOS: Ostentan tal condición todos los deportistas con licencia federativa, los técnicos, directivos, el personal sanitario y administrativo de cada Club y los colegiados de las competiciones inscritos en la Federación. La relación de los mismos obra en poder de Fiatc. **Quedan excluidos de la cobertura los deportistas profesionales.**

BENEFICIARIOS: Los propios Asegurados.

GARANTÍAS Y SUMAS ASEGURADAS

Las indicadas en las condiciones generales

PRIMA TOTAL ANUAL POR ASEGURADO:

Hockey línea, hockey patines y patinaje

Menores de 14 años: 11,88 € Mayores de 14 años: 19,75€

Personal Técnico: 15,53 € Licencia 1 día: 1,50 €

Licencia 3 días: 3,80 €

1.-CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

i.- NUMERO TOTAL DE ASEGURADOS

La prima mínima de 60.435,00 Euros, se establece para un colectivo mínimo de 4.200 asegurados. Tendrá carácter de prima mínima, por lo que si la prima devengada en función del número real de federados 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 4 recibos en las siguientes fechas de efecto y vencimiento.

<u>Efecto</u>	<u>Recibos</u>		<u>Importe Euros</u>
	<u>Vencimiento</u>		
01.09.2018	30.11.2018		15.108,75 Euros
01.12.2018	28.02.2019		15.108,75 Euros
01.03.2019	31.05.2019		15.108,75 Euros
01.06.2019	31.08.2019		15.108,75 Euros
Importe Total			<u>60.435,00 Euros</u>

El último recibo recogerá las regularizaciones previstas en los dos puntos anteriores, en base al número definitivo de Asegurados.

iii.- FORMA DE PAGO:

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

1er pago	01-09-2018
2° pago	01-12-2018
3° pago	01-03-2019
4° pago	01-06-2019

2.- LISTADOS

La Federación enviará a la Compañía cada mes un listado en formato Excel con las altas producidas.

3.- OTRAS CLAUSULAS PARTICULARES

NINGUNA

* * * * *

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”.

CENTROS CONCERTADOS

GUIA MEDICA MADRID

M A D R I D

URGENCIAS 24h

HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA

C/ Loma, 1
28003 Madrid
Tel. 91 534 82 07
Medicina Interna

HOSPITAL UNIVERSITARIO HM TORREDOLONES

Avda. Castillo de Olivares, s/n
28250 Torreloaones (Madrid)
Tel. 91 267 50 00
Citas Consultas: 902 08 98 00 / Citas Radiología: 902 08 97 00

HOSPITAL UNIVERSITARIO HM PUERTA DEL SUR

Avda. de Carlos VI, 70
28938 Móstoles (Madrid)
Tel. 91 267 31 00
Citas: 91 267 50 50

NOVACENSALUD

C/ Solana, 12
28850 Torrejón de Ardoz (Madrid)
De lunes a domingo de 8 a 20:00h.

Traumatología,

HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA

C/ Loma, 1
28003 Madrid
Tel. 91 534 82 07
Medicina Interna

Pruebas de diagnóstico

HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA

C/ Loma, 1
28003 Madrid
Tel. 91 534 82 07
Medicina Interna

REHABILITACIÓN / FISIOTERAPIA

MADRID CAPITAL

HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA

C/ Loma, 1
28003 Madrid
Tel. 91 534 82 07
Medicina Interna

CLINICA IPACSA

C/ Corazón de María, 63
28002 Madrid
Tel. 91 413 01 61

FISIOMADRID

C/ Los Mesejo, 27
28007 Madrid
Tel. 91 433 12 64

CENTRO DE REHABILITACIÓN DR. ROZALEN

C/ O'Donnel, 49
28009 Madrid
Tf: 91 504 44 11

CENTRO DE REHABILITACIÓN DR. ROZALEN

C/ Carlos Domingo, 21
28047 Madrid
Tel. 91 465 84 64

ALCALÁ DE HENARES

idcSalud CLÍNICA ALCALÁ DE HENARES

C/ Vía Complutense, 117
28805 Alcalá de Henares (Madrid)
Tel. 91 877 57 80

ARANJUEZ

CLÍNICA ATLAS

C/ Postas, 81
28300 Aranjuez (Madrid)
Tel. 91 892 53 73

FUENLABRADA

CLÍNICA MADRID

C/ Leganés, 35
28940 Fuenlabrada (Madrid)
Tel. 91 600 07 54

GETAFE

IBERMEDIC GETAFE

C/ Galvez, 6
28900 Getafe (Madrid)
Tel. 91 665 27 80 // 91 682 96 57

LEGANÉS

INTERMEDIC CENTROS MÉDICOS (IBERMEDIC LEGANÉS)

C/ La Bureba, 26
28910 Leganés (Madrid)
Tel. 91 688 24 74 // 91 688 26 74

SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES

CLÍNICA MADRID

Avda. de España, 46-48
28700 San Sebastián de los Reyes (Madrid)
Tel. 91 654 00 22

TORREJÓN DE ARDOZ

CLINICA CELLOSA (NovaCenSalud)

C/ Solana, 12
28850 Torrejón de Ardoz (Madrid)
Tel. 91 675 30 72

CENTROS EN OTRAS PROVINCIAS

CLINICA DIAGONAL

C/ Sant Mateu, 24-26
08950 - Esplugues de Llobregat
Tel. 902.88.33.55

ITEGRA

Gestión en traumatología y fisioterapia deportiva
902 09 07 33
www.itegra.es soporte@itegra.es

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 01 de Septiembre de 2019

EL TOMADOR DEL SEGURO

EL ASEGURADOR
FIATC Mutua de Seguros y
Reaseguros

Dr. Luis Bachs Cases
Director Área de Salud
FIATC

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

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, debe dirigirse directamente, por sus propios medios o por medio de transporte sanitario (solo si el tipo de lesión así lo exige) al *centro concertado de asistencia de urgencias* mas cercano, donde se identificará como federado de la Federación correspondiente, por medio de:

- Su licencia federativa en vigor (no válida la del año pasado).
- Su D.N.I.

La asistencia de urgencia se limita a las 12 h siguientes a la ocurrencia del accidente, en caso contrario deberá cumplimentar el parte de accidente y seguir el protocolo de asistencia ordinaria no urgente.

NUNCA se acudirá a un **CENTRO NO CONCERTADO**.

Si se acude a un Hospital/Centro concertado y por cualquier motivo no es atendido el lesionado, habrá que acudir a otro Hospital/Centro también concertado que figure en la guía facilitada o que se le indicará cuando contacte con la Entidad. No puede alegarse cierre o falta de facultativos en el primer centro al que se acuda para acudir a otro centro no concertado.

Solo en caso de urgencia vital (que peligre la vida del deportista) se podrá acudir a cualquier Hospital/Centro. No se considera urgencia vital, p.ej., roturas óseas, dislocaciones, brechas sangrantes, etc..

NUNCA se acudirá a **URGENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN CALIDAD DE FEDERADO** para evitar problemas entre los seguros (privado-público) que se traducen en molestias para el afectado/familiares y al final asumir, por su parte, el gasto de esa urgencia.

El seguro Deportivo no cubre las lesiones degenerativas, lesiones preexistentes o patologías crónicas. Por tanto, no quedan cubiertas ciertas patologías como p.ej. las hernias de cualquier clase, incluida la discal, la osteopatía de pubis, condromalacia rotuliana, etc...

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 por email a autorizaciones.federaciones@fiatc.es:

- informe médico indicando diagnóstico, descripción de la asistencia recibida
- prescripción de la asistencia necesaria.
- copia de la Licencia Federativa.

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 Federación, el club al que pertenece el federado, 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 Licencia Federativa 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**

federación, según el caso) este, junto con el resto de documentación, será remitido email autorizaciones.federaciones@fiatc.es, acompañando:

C.- SOLICITUDES DE CONTINUIDAD DE ASISTENCIA, DESPUÉS DE LA URGENCIA O DE LA PRIMERA VISITA NO URGENTE

Si como consecuencia de una primera atención, en el criterio de los facultativos que atendieron al federado, 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 federado deberá solicitar la oportuna autorización en las oficinas de la sucursal de FIATC que corresponda o por email a autorizaciones.federaciones@fiatc.es, acompañando:

Para solicitar dicha autorización, el federado deberá aportar:

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

Una vez obtenida la autorización, el federado 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 por email a autorizaciones.federaciones@fiatc.es.
- 4.-Para sucesivas asistencias derivadas del mismo accidente, solicite autorización por email a autorizaciones.federaciones@fiatc.es.
- 5.-NUNCA debe acudir a un Hospital/Centro NO concertado ni a Urgencia de la Seguridad Social, salvo se trate de una urgencia vital.

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 FEDERACIONES
ASISTENCIA DIRECTA A CENTRO CONCERTADO

FEDERACIÓN MADRILEÑA DE PATINAJE

Número de Póliza: 57 - 142

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

ANTE LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE:

- 1.- Ante la ocurrencia de un accidente, si requiere asistencia urgente, diríjase al centro concertado más próximo. Tenga su DNI a mano, pues le será solicitado en dicho centro y su licencia federativa.
- 2.- Después de recibida 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 por email a autorizaciones.federaciones@fiatc.es
- 4.- Para sucesivas asistencias derivadas del mismo accidente, solicite autorización a FIATC.
- 5.- Con este informe, diríjase a las oficinas de la Federación, para cumplimentar el Parte de Accidente, dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del accidente.
- 6.- El centro médico concertado remitirá parte de accidente e informe médico a Fiatc.

Y, ante cualquier problema o consulta, llame al 902 102 264. Es su teléfono amigo y está para ayudarle a resolver cualquier problema que pueda Ud. tener relativo a su accidente.