SOLISS

PARTE DE ACCIDENTES PARA ASISTENCIA SANITARIA

DATOS DE PÓLIZA Y EXPEDIENTE DE SINIESTRO

TOMADOR DEL SEGURO	INSTITUTO MUNICIPAL DE DEPORTES		
Nº DE PÓLIZA	0502730028	**Nº DE EXPEDIENTE (1)**	

(1) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte del Tomador al teléfono del Centro de Asistencia: 925 283 441
Enviar posteriormente, de forma obligatoria, este parte a gestion@canalsalud24.com

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE Y APELLIDOS					
DNI		**EDAD**		**Tlf. Móvil**	
DOMICILIO					**C.P.**
LOCALIDAD			**PROVINCIA**		
EMAIL					

DATOS Y CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D.Dña ..... DNI ..... y teléfono de contacto .....

En nombre y representación del Tomador del Seguro arriba referenciado, CERTIFICA la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

Lugar de Ocurrencia .....

Fecha de Ocurrencia ..... **Hora de Ocurrencia** .....

Forma de Ocurrencia (Descripción detallada) .....

.....

..... **Actividad** .....

Daños Físicos .....

Centro Sanitario .....

SOLISS Mutua de Seguros y Reaseguros a prima fija, de nacionalidad española y con domicilio en C/ Cuesta del Águila, 5, 45001, Toledo, es el responsable del tratamiento de los datos facilitados en el presente cuestionario. Dichos datos serán tratados de manera confidencial según lo previsto en el Reglamento 2016/679 de Protección de Datos, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados.

El perjudicado/accidentado del siniestro anteriormente descrito autoriza a SOLISS MUTUA, y a CANAL SALUD GLOBAL S.L., este último como encargado del tratamiento de los datos suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos, así como a otros profesionales médicos 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.

El Tomador/Asegurado/Beneficiario tienen la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, al borrado y al olvido, a la limitación del tratamiento y portabilidad, así como a la oposición y cancelación, pudiendo ejercitar dichos derechos en la dirección indicada o al email soliss@soliss.com.

Para completar el contenido y las disposiciones sobre el deber de información, puede consultar la Política de Privacidad de nuestra web: www.soliss.es

Fecha y Firma del Lesionado

Firma y sello del representante d

El firmante de este documento se hará cargo de los gastos derivados de la utilización del mismo en caso de no estar el lesionado correctamente inscrito en la actividad o incumplir el protocolo de accidentes

R.M. Toledo, Hoja 1 - 1ª, Tomo 186, 1ª de la Sección 4ª.

Protocolo de Actuación en caso de Accidente

Información importante para el Asegurado

No es un seguro de asistencia sanitaria indiscriminado ni de mantenimiento, sino un seguro de accidentes con cobertura de asistencia sanitaria derivada de un accidente.

- Accidente: será aquel causado de forma súbita-violenta, externa y ajena a la voluntad del asegurado.
- No serán considerados Accidentes:

- Todas aquellas lesiones, dolencias o sintomatología derivada o producida por la actividad física y /o deportiva; ocasionadas tanto de forma aguda por esfuerzo o gesto postural, como por sobrecarga o repetición de gestos físicos o hábitos posturales. Como ejemplo:
  a) Algias musculares (Cervicalgia, lumbalgia, etc.), contracturas, tirones, roturas fibrilares, sobrecargas, tendinitis, calcificaciones.
  b) Epicondilitis
  c) Fascitis plantar
  d) Gangliones, dedos en resorte.
  e) Neuropatias compresivas (S. Túnel Carpiano, etc)
  f) Patologías degenerativas (artrosis, meniscopatías, discopatías de columna, etc.)
- Todos los procesos de carácter infecto-contagiosos.
- Las hernias de cualquier tipo o naturaleza, como, por ejemplo: hernia discal de columna, inguinal, umbilical, de hiato, etc.
- Los ictus, ACV, vahídos, desvanecimientos o síncopes, episodios o trastornos cardiovasculares, aneurismas y varices, salvo resolución laboral firme por invalidez o fallecimiento, que califique estos episodios como hechos derivados de accidentes de trabajo, en cuyo caso, la cobertura que ofrece este contrato de seguro es de TRES MIL EUROS POR SINIESTROS.
- Epilepsias o síndromes epileptiformes.
- **Los costes asistenciales derivados de cualquier lesión preexistente, aquellas no consideradas como accidente (ya mencionadas), las actividades excluidas y pólizas que no estén al corriente de pago no serán asumidos por SOLISS.**

Como actuar en caso de accidente y necesitar Asistencia sanitaria

La cobertura de gastos ocasionados por una lesión y cubiertos en la póliza será prestada por los centros concertados por SOLISS.

El accidente debe ser comunicado inmediatamente después de su ocurrencia a la compañía aseguradora, especialmente en caso de **Urgencia**, entiendo ésta cómo aquella situación que requiera una asistencia médica inmediata, sin demora, tras ocasionarse el hecho. Para considerarse Asistencia de Urgencia, no deben haber transcurrido 24 h desde la ocurrencia del accidente hasta la solicitud de dicho servicio.

En el proceso de comunicación se deberán cumplir **obligatoriamente,** los siguientes pasos:

1. En caso de requerir los servicios incluidos en la póliza, debe comunicarse con la entidad aseguradora, llamando al **Centro de Atención 24 horas de SOLISS, teléfono 925 28 34 41**

En la comunicación telefónica debe facilitarse:

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

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención telefónica **facilitará el número de expediente, que deberá ser anotado en el encabezamiento del Parte de Accidente** (documento adjunto y descargable desde www.soliss.es/ia).

2. El comunicante remitirá posteriormente el Parte (y cualquier otra documentación que se solicite) en un plazo no superior a 48 horas por fax a la Aseguradora al número 91 737 45 68 o por e-mail a la siguiente dirección: gestion@canalsalud24.com o siniestrosaccidentes@soliss.com. Dicho parte deberá estar firmado y sellado además de por el Asegurado afectado/lesionado o su padre/madre o Tutor/a en caso de ser menor de edad, por el representante del Tomador del seguro.

3. El lesionado deberá acudir al **Centro concertado** que se le indique previamente, **(Imprescindible para recibir asistencia)**. Cuando un lesionado se presente en uno de los Centros concertados para su atención (facilitado por el Centro de Atención Telefónica) **deberá presentar el Parte de accidente y DNI**.

4. En casos de **URGENCIA VITAL**, el lesionado podrá recibir la Asistencia médica de Urgencia en el Centro Sanitario más próximo. En estos casos, SOLISS 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 garantizado en la póliza. Una vez superada la primera asistencia de urgencia el lesionado deberá ser trasladado a Centro Médico Concertado para continuar su tratamiento. **En caso de permanencia en centro médico NO CONCERTADO, SOLISS no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.**

R.M. Toledo, Hoja 1 - 1ª, Tomo 186, 1ª de la Sección 4ª.

Autorizaciones

Cualquier tratamiento realizado sin la autorización previa de la compañía correrá por cuenta del asegurado.
Tras obtener la oportuna autorización se remitirá a **SOLISS** el justificante de asistencia o informe del tratamiento, (siempre que el Equipo Médico lo solicite).
La asistencia será a cargo de los centros concertados presentes en el cuadro médico propuesto por SOLISS. **No serán cubiertas las asistencias sanitarias secundarias realizadas en centros de la Seguridad Social o no concertados (excepto urgencias vitales).**
En caso de permanencia voluntaria en un centro NO CONCERTADO, SOLISS NO ASUMIRA EL PAGO DE LAS FACTURAS DERIVADAS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.
El Centro de Atención de la Compañía Aseguradora llevará a cabo los oportunos seguimientos que cada caso requiera, para determinar las necesidades y gestiones a realizar.

COMUNICACIONES:
Las comunicaciones entre el Colectivo/Tomador/Asegurados y el Centro de Atención 24 horas de la compañía podrán quedar grabadas y registradas para el buen funcionamiento del servicio y cumpliendo siempre con la Ley de Protección de Datos.

Incidencias

Para aquellos siniestros sobre los cuales pueda surgir alguna incidencia en cuanto a la tramitación del mismo y el lesionado lo ponga en conocimiento del responsable de su Colectivo, éste debe enviar un mail al Departamento de Siniestros de SOLISS indicando en el mismo el número de expediente facilitado por el Centro de Atención sanitaria, el nombre del asegurado lesionado y adjuntando toda disponga del mismo a la/s siguiente/s dirección de correo electrónico:
gestion@canalsalud24.com
siniestrosaccidentes@soliss.com

Incidencias

Para realizar de manera rápida consultas e información sobre la póliza, peticiones de aclaración, corrección de errores, declaración de siniestros, y/o envío de documentación asociada a la póliza o el siniestro, el Tomador / Asegurado deberá dirigirse a:

Para información y cuestiones vinculadas al contrato de seguro (documentación de póliza, listado de asegurados, etc.):
Departamento de Producción de Ramos Diversos SOLISS: 925 211 200
También a través de su e-mail: prodiversos@soliss.com y web www.soliss.es

Para declaración y consultas en siniestros que requieren ASISTENCIA SANITARIA:
Centro de atención telefónica para siniestros de Accidentes: 925 283 441
También a través de su e-mail: gestion@canalsalud24.com

Para declaración y consultas en siniestros de OTRAS GARANTÍAS de la póliza:
Departamento de Siniestros de Ramos Diversos SOLISS: 925 211 200
También a través de su e-mail: siniestrosaccidentes@soliss.com

R.M. Toledo, Hoja 1 - 1ª, Tomo 186, 1ª de la Sección 4ª.