



RAMO ACCIDENTES

Nº PÓLIZA: 023S00894ACO

**PROTOCOLO ABREVIADO DE ACTUACIÓN EN CASO DE
ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES
ASEGURADOS POR EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE LA
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA (UPCT)**

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

La Asistencia médica garantizada en la póliza será prestada por los Centros Médicos o facultativos concertados por la Entidad Aseguradora.

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

1. Se **cumplimentará** el **Parte de Accidentes** para Asegurados (documento adjunto al final), que será sellado y **firmado por la UPCT en la Secretaría** de Gestión Académica **donde haya formalizado la matrícula como alumno/a** de la UPCT (Secretarías de Gestión Académica de cada Centro, Servicio de Estudiantes en el Rectorado, de Relaciones Internacionales en el Wellcome Point del ELDI o, si es el caso, por el responsable de otras actividades organizadas por la UPCT), que comprobará que el estudiante pertenece al colectivo, actividad y periodo asegurado. **También debe firmarse por el asegurado** afectado/lesionado.

2. El accidente debe ser comunicado **inmediatamente** después de su ocurrencia a la compañía aseguradora, llamando:

Desde España 917 371 668 - Centro de atención 24 horas de Aseguradora Markel

Desde el extranjero +34 915 724 343 - IRIS GLOBAL - madrid_ops@mail.irisglobal.es

Para **consultas posteriores** a la notificación del siniestro en España llamar de lunes a viernes al teléfono **965 250 880 o 672 107 155**, preguntar por Marisa Negrete, o por e-mail **marisa.negrete@artai.com**

En la comunicación telefónica debe facilitarse el Nº PÓLIZA: 023S00894ACO además de los:

- Datos personales del lesionado.
- Colectivo al que pertenece como estudiante de la UPCT.
- Datos del Tomador (UPCT).
- 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. El comunicante remitirá posteriormente el parte (y otra documentación que se solicite) en un plazo no superior a 48 horas a la Entidad Aseguradora por e-mail a la siguiente dirección:**

markel.asistencia@canalsalud24.com

Además una vez firmada por la UPCT el Parte de Accidente, según lo indicado en el punto 1º, el firmante y el estudiante se quedarán con una copia que **enviarán a la dirección de e-mail:**

registro.general@upct.es

3. El lesionado deberá **acudir al Centro Médico Concertado** que se le indique previamente en la comunicación telefónica, **aportando el "parte de comunicación de accidentes" debidamente cumplimentado, incluyendo el número de expediente facilitado por el Centro de Atención Telefónica.** (Imprescindible para recibir asistencia).

Cuando un Asegurado/lesionado se presente para su atención en el Centro Concertado facilitado por el Centro de Atención Telefónica deberá presentar el parte de Accidentes cumplimentado y DNI.

RAMO ACCIDENTES

Nº PÓLIZA: 023S00894ACO

4. En casos de **URGENCIA VITAL**, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. En estos casos 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 garantizado en la póliza.

Una vez superada la primera asistencia de urgencia el lesionado deberá ser trasladado al Centro Médico Concertado, **previamente indicado** telefónicamente por la Aseguradora, para continuar su tratamiento.

En caso de permanencia en centro médico NO CONCERTADO, MARKEL no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.

AUTORIZACIONES

Será necesario tener la autorización previa de la compañía para realizar las siguientes pruebas y tratamientos:

- Pruebas especiales de diagnóstico (TAC, RMN, Ecografías, Gammagrafías, Artroscopias,...)
- Intervenciones Quirúrgicas.
- Rehabilitación.
- Consultas de Especialistas.

En estos casos el asegurado/lesionado o el médico o centro médico concertado solicitará a MARKEL dicha autorización al email: markel.asistencia@canalsalud24.com. Junto con la solicitud de autorización, se ha de acompañar copia de informe médico detallado.

Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la autorización previa de la compañía correrá por cuenta del asegurado.

Tras obtener la oportuna autorización se remitirá a **MARKEL** el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente.

La asistencia será a cargo de las clínicas concertadas presentes en el cuadro médico propuesto por MARKEL. **No serán cubiertas las asistencias médicas en centros de la Seguridad Social o no concertados** (excepto urgencias vitales).

En caso de permanencia voluntaria en un centro médico NO CONCERTADO, MARKEL NO ASUMIRÁ EL PAGO DE LAS FACTURAS DERIVADAS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.

Los desplazamientos en ambulancia solamente quedan cubiertos para urgencias vitales, y el servicio debe ser prestado a través del cuadro médico, nunca a través de cualquier otro servicio.

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.

RAMO ACCIDENTES

Nº PÓLIZA: 0023S00894ACO

PARTE DE ACCIDENTES PARA ASISTENCIA SANITARIA

TOMADOR DEL SEGURO	UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA
Nº DE PÓLIZA	0023S00894ACO
Nº DE EXPEDIENTE (*)	

(*) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente al **teléfono del Centro Asistencia:**

- En España: 91 737 16 68
- En el Extranjero: 91 572 43 43

DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI		EDAD	
DOMICILIO			
PROVINCIA Y LOCALIDAD		C.P.	
EMAIL			
Nº DE LICENCIA		TELEFONO	

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. / Dña. _____ DNI nº _____

Secretaría de Gestión Académica en la que formalizó su matrícula: _____

En nombre y representación del Tomador del Seguro (UPCT), certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

FECHA DEL SINIESTRO: _____

FORMA DE OCURRENCIA: _____

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.agpd.es). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados.

Firma y Sello de la UPCT: _____ Firma del Lesionado: _____

La declaración de accidente se **firmará en la Secretaría de Gestión Académica donde se haya formalizado la matrícula como alumno/a** de la UPCT (Secretarías de Gestión Académica de cada Centro, Servicio de Estudiantes en el Rectorado, en el Servicio de Relaciones Internacionales en el Wellcome Point del ELDI o, si es el caso, por el responsable de otras enseñanzas o actividades organizadas por la UPCT), que comprobará que el estudiante está matriculado en un colectivo y actividad asegurada en el momento de producirse el accidente. Se **enviará a registro.general@upct.es** y **markel.asistencia@canalsalud24.com**