

# Protocolo Asistencia Sanitaria por Accidente

## ¿Qué tengo que hacer cuándo necesito una asistencia médica?



1

### PRIMERA ASISTENCIA (URGENCIAS)

En caso de producirse un accidente que precise asistencia de carácter urgente, el ASEGURADO deberá contactar a través del teléfono, y facilitar el **nº de póliza de MGS 51408598**:

 **917 572 404**

Desde aquí será derivado al Centro Médico concertado en que le puedan prestar la asistencia.

En caso de no poder ser atendido en un centro concertado, las asistencias de carácter urgente podrán ser atendidas en las urgencias de su centro de salud o en el Hospital General de La Palma. HGLP

2

### CUMPLIMENTA y ENVIA EL PARTE DE ACCIDENTE

**Cumplimenta el parte de accidente** adjunto a este protocolo. Deberás remitir este parte debidamente cumplimentado y firmado, en el plazo máximo de 7 días, a:

[servicio.deportes@cablapalma.es](mailto:servicio.deportes@cablapalma.es)

Una vez firmado y sellado por el Servicio de Deportes, estos remitirán el parte de accidentes a:

[cpsevilla@mgs.es](mailto:cpsevilla@mgs.es)



3

### Posteriores asistencias y Seguimiento

**RECUERDA Solicitar autorización.** Las posteriores asistencias y tratamientos se realizarán **solo en centros concertados**.

Será necesario tener la autorización previa de la compañía para posteriores asistencias y seguimiento. La solicitud de la autorización deberá hacerla a través del teléfono:

 **917 572 404**

Para la autorización deberá remitir copia del informe y/o prescripción médica con número de referencia del siniestro, a la siguiente dirección de e-mail:

[mgsaccidentes.autorizaciones@hna.es](mailto:mgsaccidentes.autorizaciones@hna.es)

MGS valorará, y en su caso, hará llegar al centro concertado donde se vaya a realizar la asistencia la oportuna autorización.

Centros Médicos Concertados	Dirección	Teléfono
Centro Médico Tinabana	Av. el Puente, 48, Sta. Cruz de la Palma	922 41 02 02
SERMEVA Servicios Médicos	Cl. Pío XII, 16-18, Los llanos de Aridane	922 46 19 16

## IMPORTANTE – Seguros Asistencia Sanitaria

Podrás recibir la asistencia médica de urgencia en el centro sanitario más próximo.

No obstante, la asistencia sanitaria en los **centros de libre elección está limitada** por lo que es **MUY IMPORTANTE** que, tras la primera asistencia de urgencia, soliciten el traslado a un centro médico concertado para continuar el tratamiento.

**En caso de permanencia en centro médico no concertado, MGS no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.**

Si tienes cualquier incidencia con la compañía de seguros, puedes contactar con el equipo de **prestaciones de H&B de WTW**, a través del tramitador asignado:

**wtw**

Tamara Márquez

+34 914 233 589

[Tamara.Marquez@wtwco.com](mailto:Tamara.Marquez@wtwco.com)

## PARTE DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

Actualizado a 05 de julio de 2024

1. DATOS DE LA PÓLIZA		
Entidad:	CABILDO INSULAR DE LA PALMA	Póliza: 51408598
Modalidad Deportiva		Municipio PPD/Evento:
Monitor/Técnico Dep:		Teléfono:
Lesionado/a:		Fecha Nacimiento:
Nº Licencia Deportiva:		DNI:
Domicilio/Código Postal:		Teléfono:

2. OCURRENCIA DEL SINIESTRO:		Imprescindible indicar el Nº de SINIESTRO facilitado por HNA llamando al número de teléfono 917 572 404		Nº:
Lugar:				
Fecha y hora:				
Descripción y causa del siniestro:				

3. ASISTENCIA MEDICA INICIAL				
Médico / Centro:	Fecha Asistencia:			
Diagnóstico inicial:				
Calificación	Accidente: <input type="checkbox"/>	Enfermedad: <input type="checkbox"/>	Recaída: <input type="checkbox"/>	
Tratamiento adoptado:				
Futuras Asistencias:				
Incapacidad:	Temporal: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Duración estimada de la incapacidad:		días
	Permanente (secuelas): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En _____, a _____ de _____ de 2.02				
Firma Lesionado o Tutor legal		Firma del Monitor		Firma y Sello del Cabildo Insular

El asegurado 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 MGS Seguros y Reaseguros S.A., bajo la supervisión y control de MGS Seguros y Reaseguros S.A., 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 dirigida al Servicio de Atención al Cliente en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; o vía fax, al número 933 217 296.