



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE DEPORTIVO

PROGRAMA “DEPORTE EN EDAD ESCOLAR” CURSO 2011/12

CAMPEONATO DE RENDIMIENTO DEPORTIVO DE LA REGIÓN DE MURCIA

PRIMERO. Como la primera asistencia de urgencia de los deportistas accidentados deberá prestarla un hospital o centro médico del **Sistema Murciano de Salud** (las Consejerías de Sanidad y de Cultura y Turismo han suscrito un convenio en este sentido), deberá entregar **EN EL CENTRO SANITARIO AL QUE SE ACUDA**, debidamente cumplimentado, el impreso denominado: **PRIMERA ASISTENCIA PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA “DEPORTE EN EDAD ESCOLAR” (ANEXO 1)**.

SEGUNDO. En los casos en que sea necesario, las siguientes actuaciones sanitarias correrán por cuenta de la Compañía de Seguros “**MAPFRE FAMILIAR**”, con la que se ha contratado una póliza de seguro de accidentes y asistencia sanitaria para los participantes en el programa “Deporte en Edad Escolar”.

Dentro de las 48 horas siguientes deberá remitirse al fax **968 283507** de **FEDERACION DE BALONCESTO DE LA REGION DE MURCIA** el **PARTE DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO (ANEXO 2)**, totalmente cumplimentado con el Sello y firma del **CLUB** correspondiente, adjuntando el Informe Médico de la primera asistencia del Centro Médico del Sistema Murciano de Salud donde el deportista fue atendido y donde se aconseje algún tipo de actuación o tratamiento posterior, todo ello con el objeto de que desde la Dirección General de la Actividad Física y el Deporte se dé traslado de esta información a la Compañía de Seguros **MAPFRE FAMILIAR**.

Una vez registrado en MAPFRE FAMILIAR dicho parte de siniestro y, a la vista del mismo y del informe médico adjunto, la propia Compañía MAPFRE FAMILIAR se pondrá en contacto telefónicamente con el interesado **llamando al teléfono que se indique en el parte de siniestro** para autorizar y concertar las actuaciones que, en su caso, resulten necesarias.



ANEXO 1

PRIMERA ASISTENCIA PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA “DEPORTE EN EDAD ESCOLAR” PRESTADA POR EL S.M.S.

(A ENTREGAR EN EL HOSPITAL O CENTRO MÉDICO DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD DONDE SE PRESTE LA PRIMERA ASISTENCIA DE URGENCIA)

Yo,
con D. N. I..... , deportista del (centro de enseñanza o club)
....., del municipio de
.....

DECLARO QUE soy beneficiario del Programa “Deporte en Edad Escolar”, convocado por la Consejería de Cultura y Turismo, y en virtud de lo dispuesto en el Convenio de Colaboración suscrito entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Cultura y Turismo en fecha 12 de enero de 2010, aplicable a las primeras asistencias de urgencia prestadas a partir de 1 de Septiembre de 2009, solicito primera atención médica por el siniestro sufrido el día de de 201..., acaecido en el transcurso de la siguiente actividad:
desarrollada en

En a de de 201.....

Fdo.

FIRMADO POR EL Padre, Tutor, Entrenador:

.....

D. N. I. nº:.....



ANEXO 2 – PARTE DE SINIESTRO

CAMPEONATO DE RENDIMIENTO DEPORTIVO DE LA REGIÓN DE MURCIA

PÓLIZA Nº 055-1180434699 - MAPFRE FAMILIAR

1.- Datos Personales del Perjudicado

Nº SINIESTRO CÍA:

Perjudicado D.N.I. Tfno:.....

Padre/Tutor D.N.I. Tfno:.....

Domicilio.....

CP:..... Municipio:

Club:.....

Localidad Municipio Tfno:

2.- Descripción de la Actividad desarrollada y lugar de ocurrencia

Lugar de ocurrencia:

Instalaciones de

Categoría:

Deporte desarrollado

Monitor, Coordinador, Entrenador

3.- Circunstancias y Descripción del siniestro

Causa:

Descripción:

.....

4.- Observaciones

Otros datos de interés:

.....

Se adjunta informe del Centro Médico del SMS:.....

Firmado en , a de de

VºBº
Por la Federación Deportiva

Firmado
El entrenador/delegado
D.N.I.
SELLO CLUB