

POLIZA N° 2063031

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página “web” del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

ARTICULO 27°. ACEPTACIÓN ESPECÍFICA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES, GENERALES Y EXCLUSIONES.

Las condiciones económicas de esta Póliza han sido establecidas teniendo en cuenta los términos y limitaciones establecidos por las partes., especialmente en lo que se refiere a **COBERTURAS Y LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN, EXCLUSIONES Y OTRAS ESTIPULACIONES.**

Si se hubiera pretendido extender las garantías a otras esferas de cobertura, o bien el Seguro no se hubiera suscrito, o bien, tanto las condiciones de aceptación del riesgo a cubrir como las primas asignadas hubieran alcanzado un ámbito diferente o un nivel más gravoso.

De conformidad con lo establecido en el art. 3. de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro, el TOMADOR de la póliza declara expresamente, con su firma al pie del presente documento que conoce y acepta todas y cada una de las cláusulas limitativas contenidas en el presente condicionado y en particular las contenidas en negrita en los artículos 4°, 5°, 6°, y 14 del presente condicionado.

PROCEDIMIENTO PARA LA TRAMITACIÓN DE SINIESTROS DE ACCIDENTES PERSONALES

El presente procedimiento será de aplicación a los siniestros de accidentes personales correspondientes a la cartera de Pólizas de Accidentes de BERKLEY España.

1. Garantía de Asistencia Sanitaria al accidentado

1.1. Modalidad de “reembolso de gastos” médicos, de salvamento y rescate.

Cuando el Tomador del Seguro o el Asegurado-lesionado tengan contratada la garantía de asistencia sanitaria en la modalidad de “Reembolso de Gastos” médicos, de salvamento y rescate, el Asegurado-lesionado, el Tomador o la persona en que este delegue, deberá comunicar el accidente al Asegurador, inmediatamente después de su ocurrencia, llamando al teléfono del Centro de Atención 24 horas de **BERKLEY España:**
Madrid, a martes, 26 de diciembre de 2023

FIRMADO Y SELLADO
EL TOMADOR DEL SEGURO

FIRMADO Y SELLADO
EL ASEGURADO

FIRMADO Y SELLADO
LA COMPAÑÍA



SEDE SOCIAL: Paseo de la Castellana 141, Planta 18 - 28046 Madrid - Tel +34 91 449 26 46
OFICINA: Gran Vía C.C. 632, 2º 1ª, esc. C - 08007 Barcelona - Tel +34 93 481 47 29



POLIZA N° 2063031

91 737 63 42

El asegurado, en función de las circunstancias del accidente y de su situación geográfica, podrá acogerse a una de las dos modalidades de gestión que se describen a continuación:

- 1.1.1 El Asegurado-lesionado acudirá al Centro Médico concertado que previamente le haya facilitado el Centro de Atención Telefónica junto a su número de expediente; el centro médico recibirá una garantía de pago por parte del Centro de Atención telefónica. **(Imprescindible para recibir asistencia)**, así como cualquier otra documentación que se establezca en el protocolo de actuación de la póliza.
- 1.1.2 El Asegurado-lesionado acudirá a centros de libre elección; **BERKLEY España** precisa para la gestión de reembolso de gastos recibir la siguiente documentación, remitida por correo electrónico a la dirección: gestion@canalsalud24.com

Madrid, a martes, 26 de diciembre de 2023

FIRMADO Y SELLADO
EL TOMADOR DEL SEGURO

FIRMADO Y SELLADO
EL ASEGURADO

FIRMADO Y SELLADO
LA COMPAÑÍA



SEDE SOCIAL: Paseo de la Castellana 141, Planta 18 - 28046 Madrid - Tel +34 91 449 26 46
OFICINA: Gran Vía C.C. 632, 2º 1ª, esc. C - 08007 Barcelona - Tel +34 93 481 47 29

Página 46 de 51



POLIZA Nº 2063031

POR PARTE DEL LESIONADO / LOS PADRES / TUTORES LEGALES

- ✓ Los informes médicos generados
- ✓ Facturas y gastos de curación y/o gastos de farmacia
- ✓ Copia del DNI del lesionado/a o tutores legales (en caso de un menor de edad)
- ✓ Justificante bancario + nº iban completo (que acredite la titularidad de la cta./cte.)
- ✓ El impreso "DECLARACIÓN DE SINIESTRO DE ACCIDENTES".

BERKLEY ESPAÑA verificará la cobertura, y revisará la documentación recibida. Si todo es conforme, en un plazo no superior a 5 días laborables, se comunicará al Asegurado-Lesionado (o al Tomador del seguro, en su caso) la aceptación del reembolso solicitado, procediendo al pago mediante transferencia de la cantidad correspondiente a la cuenta corriente facilitada, en un plazo no superior a 15 días laborables desde que se realizó tal comunicación.

En caso contrario, si existiese alguna cuestión relativa a la cobertura, o la documentación recibida estuviese incompleta o defectuosa, en un plazo no superior a 5 días laborables se contactará con el Asegurado-lesionado (o el Tomador del Seguro, en su caso) comunicando la no cobertura o solicitando la subsanación de las deficiencias advertidas en la documentación.

1.2. Modalidad de Asistencia Sanitaria al accidentado en Centros Concertados.

Cuando el Tomador del Seguro o el Asegurado-lesionado tengan concertada la garantía de asistencia sanitaria en la modalidad de asistencia en centros concertados, el Asegurado-lesionado, el Tomador o la persona en que este delegue, deberán comunicar el accidente, inmediatamente después de su ocurrencia, al Asegurador llamando al teléfono del Centro de Atención 24 horas de **Berkley España**:

Tlf. 24h.: 91 737 63 42

El Asegurado-lesionado acudirá al Centro Médico concertado que previamente le haya indicado el Centro de Atención Telefónica, indicando el número de expediente facilitado por el Centro de Atención telefónica (**Imprescindible para recibir asistencia**), así como cualquier otra documentación que se establezca en el protocolo de actuación de la póliza.

En casos de **URGENCIA VITAL (Situación Grave que requiere atención médica urgente por encontrarse comprometida la vida del Asegurado de forma inminente)**, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. En estos casos **BERKLEY España** 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 designado por el Asegurador para continuar su tratamiento.

Madrid, a martes, 26 de diciembre de 2023

FIRMADO Y SELLADO
EL TOMADOR DEL SEGURO

FIRMADO Y SELLADO
EL ASEGURADO

FIRMADO Y SELLADO
LA COMPAÑÍA



SEDE SOCIAL: Paseo de la Castellana 141, Planta 18 - 28046 Madrid - Tel +34 91 449 26 46
OFICINA: Gran Vía C.C. 632, 2º 1ª, esc. C - 08007 Barcelona - Tel +34 93 481 47 29

Página 47 de 51

POLIZA N° 2063031

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

Será necesario tener la autorización previa del Asegurador para realizar las siguientes pruebas y tratamientos:

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

Para la petición de pruebas y tratamientos que precisan previa autorización, el asegurado-lesionado, el Tomador del seguro o la persona en quien este delegue, el médico o el Centro médico concertado, solicitará a **BERKLEY España** la autorización de dichas pruebas y/o tratamientos acompañando copia del informe médico detallado. Una vez analizada la documentación el Asegurador autorizará o denegará la prueba o tratamiento solicitado.

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 **BERKLEY España** el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente.

Los desplazamientos en ambulancia solamente quedan cubiertos por **URGENCIA VITAL** y **LESIONES GRAVES** mediante prescripción médica.

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.

Para accidentes acaecidos fuera del Territorio Nacional Español, se estará a la cuantía máxima establecida en Condiciones particulares y la prestación se realizará bajo la modalidad de reembolso de gastos, tal y como se define en el apartado 1.1. El asegurado-lesionado, el Tomador del seguro o la persona en quien este delegue deberá remitir al Asegurador, en un plazo no superior a 48 horas desde la comunicación del accidente, el impreso "DECLARACIÓN DE SINIESTRO DE ACCIDENTES" debidamente cumplimentado, el DNI del Asegurado-lesionado, así como cualquier otro documento que se establezca en el protocolo de actuación.

Para remitir la documentación se pueden utilizar los siguientes medios:

- ✓ Fax, al número: **91 737 45 68**
- ✓ Correo electrónico, a la siguiente dirección:

gestion@canalsalud24.com

Madrid, a martes, 26 de diciembre de 2023

FIRMADO Y SELLADO
EL TOMADOR DEL SEGURO

FIRMADO Y SELLADO
EL ASEGURADO

FIRMADO Y SELLADO
LA COMPAÑÍA



SEDE SOCIAL: Paseo de la Castellana 141, Planta 18 - 28046 Madrid - Tel +34 91 449 26 46
OFICINA: Gran Vía C.C. 632, 2º 1ª, esc. C - 08007 Barcelona - Tel +34 93 481 47 29

Página 48 de 51



POLIZA Nº 2063031

2. Notificación de siniestros (resto de garantías)

Para la notificación de un siniestro de cualquiera de las garantías de accidentes contratadas distintas de la señalada en el apartado 1, el Asegurado-lesionado, el Tomador o la **Correduría de Seguros**, deberán comunicar el accidente al Asegurador mediante correo electrónico remitido a la dirección que figura más abajo, adjuntando el impreso "DECLARACIÓN DE SINIESTRO DEACCIDENTES-GARANTÍAS DE MUERTE E INCAPACIDAD PERMANENTE", debidamente cumplimentado e incluyendo la documentación que en él se cita.

siniestros@wrberkley.com

Berkley España procederá a la apertura del expediente de siniestro, verificará la cobertura y acusará recibo a la **Correduría de Seguros** (o al asegurado en caso de que el siniestro se notifique de forma directa) aceptando el siniestro en un plazo no superior a 3 días laborables desde la comunicación del siniestro.

Berkley España analizará el parte de siniestro y la documentación correspondiente a través de su Departamento de Siniestros. Si la complejidad del siniestro lo requiere procederá a designar perito médico para la emisión de los informes correspondientes. De igual modo solicitará al Asegurado la documentación que se estime necesaria para la correcta valoración del siniestro.

Una vez que se disponga de la totalidad de la información/documentación necesaria (incluyendo la declaración de incapacidad realizada por la autoridad laboral en los casos en que ésta corresponda), **Berkley España** procederá a realizar ofrecimiento de pago al asegurado (o beneficiario en su caso), a través de la **Correduría de Seguros**. En caso de que éste acepte la cantidad ofrecida se realizará el pago en un plazo no superior a 10 días laborables desde que se alcanzó el citado acuerdo, debiendo el asegurado o beneficiario firmar el finiquito. En caso de desacuerdo, en igual plazo se hará ofrecimiento formal de la referida cantidad quedando el asegurado o beneficiario en libertad de reclamar el resto por la vía que considere oportuna.

Madrid, a martes, 26 de diciembre de 2023

FIRMADO Y SELLADO
EL TOMADOR DEL SEGURO

FIRMADO Y SELLADO
EL ASEGURADO

FIRMADO Y SELLADO
LA COMPAÑÍA



SEDE SOCIAL: Paseo de la Castellana 141, Planta 18 - 28046 Madrid - Tel +34 91 449 26 46
OFICINA: Gran Vía C.C. 632, 2º 1ª, esc. C - 08007 Barcelona - Tel +34 93 481 47 29

Página 49 de 51



POLIZA Nº 2063031

DECLARACIÓN DE SINIESTRO DE ACCIDENTES

Por favor, cumplimente este formulario y remítalo por correo electrónico junto con los documentos que se solicitan directamente a la siguiente dirección: gestion@canalsalud24.com

TOMADOR	
Nº DE PÓLIZA	
Nº DE EXPEDIENTE (1)	

(1) Referencia facilitada por la Compañía cuando se comunica el accidente por parte del Tomador al tel. 91 737 63 42 (atención las 24 horas del día)

DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA			
NOMBRE Y APELLIDOS			
NIF	FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO DE CONTACTO	
DOMICILIO		C.P.	
LOCALIDAD Y PROVINCIA	MAIL		

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE
D/Dña. _____ Con D.N.I. nº _____ En su cargo de: _____ del centro _____ y en representación del Tomador del Seguro, Certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación: LUGAR DE OCURRENCIA: _____ FECHA DE OCURRENCIA: _____ DESCRIPCION DE CÓMO HA OCURRIDO: _____ _____ _____ ACTIVIDAD QUE REALIZABA _____ _____

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

Madrid, a martes, 26 de diciembre de 2023

FIRMADO Y SELLADO
EL TOMADOR DEL SEGURO

FIRMADO Y SELLADO
EL ASEGURADO

FIRMADO Y SELLADO
LA COMPAÑÍA



SEDE SOCIAL: Paseo de la Castellana 141, Planta 18 - 28046 Madrid - Tel +34 91 449 26 46
OFICINA: Gran Vía C.C. 632, 2º 1ª, esc. C - 08007 Barcelona - Tel +34 93 481 47 29

Página 50 de 51



POLIZA N° 2063031

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.

BERKEY ESPAÑA Y CANAL SALUD 24 S.L. como entidad colaboradora asumen 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 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos o cualquier otra norma legal posterior que regule esta misma materia (en adelante, "legislación"), y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad Canal Salud 24 S.L. a la dirección - Edificio las Rozas 23 - oficina 3 - Planta 1ª. Ctra. de la Coruña Km 23.200 28232 Las Rozas (MADRID) a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o por correo electrónico a la dirección protecciondedatos@canalsalud24.com.

NORMAS DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE

- ✓ El tomador del seguro, cumplimentará en su totalidad éste impreso y comunicará el accidente al ASEGURADOR a través del teléfono 91 737 63 42, donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso al ASEGURADOR mediante FAX al número 917374568 o por correo electrónico a la dirección gestion@canalsalud24.com

Firma y sello del Representante del Tomador:

Firma de la persona accidentada:

Madrid, a martes, 26 de diciembre de 2023

FIRMADO Y SELLADO
EL TOMADOR DEL SEGURO

FIRMADO Y SELLADO
EL ASEGURADO

FIRMADO Y SELLADO
LA COMPAÑÍA



SEDE SOCIAL: Paseo de la Castellana 141, Planta 18 - 28046 Madrid - Tel +34 91 449 26 46
OFICINA: Gran Vía C.C. 632, 2º 1ª, esc. C - 08007 Barcelona - Tel +34 93 481 47 29

Página 51 de 51

