

### SINIESTROS DE ACCIDENTES PERSONALES.

#### 1.- GARANTÍA DE ASISTENCIA SANITARIA AL ACCIDENTADO EN CENTROS CONCERTADOS.

---

El Asegurado-lesionado, el Tomador o la persona en que este delegue, deberá comunicar el accidente, inmediatamente después de su ocurrencia, al Asegurador llamando al teléfono del Centro de Atención 24 horas de **W.R. Berkley España**:

**91 737 63 42**

El Asegurado-lesionado acudirá al Centro Médico concertado que previamente le haya indicado el Centro de Atención Telefónica, aportando el “Parte de Comunicación de Accidentes” (que se adjunta como **anexo nº 2**) debidamente cumplimentado, incluyendo 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 **W.R. 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.

**En caso de permanencia injustificada en centro médico NO CONCERTADO, W.R. 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 **W.R. 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 **W.R. 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 el servicio será 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.

**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, debiendo el asegurado-lesionado presentar la siguiente documentación:

- Facturas originales justificativas de los gastos producidos, con relación detallada de sus componentes.
- Informé médico en el que se expresen las causas que motivaron el Accidente.

La documentación indicada en los apartados anteriores deberá ser enviada al Asegurador, conforme a lo siguiente:

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 “Parte de Comunicación de Accidentes” debidamente cumplimentado, el DNI del Asegurado-lesionado, así como cualquier otro documento que se establece en el protocolo de actuación.

Para remitir la documentación se pueden utilizar los siguientes medios:

- Fax, al número: **902 875 230**
- Correo electrónico a cualquiera de las siguientes direcciones:

[gestion@canalsalud24.com](mailto:gestion@canalsalud24.com)

[info@canalsalud24.com](mailto:info@canalsalud24.com)

### 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**, deberá comunicar el accidente al Asegurador llamando al teléfono del Centro de Atención 24 horas de **W.R. Berkley España**, mediante fax o correo electrónico remitido al número y direcciones que figuran más arriba, adjuntando el “Notificación de siniestros de Accidentes” (que se adjunta como **anexo nº 3**) debidamente cumplimentado e incluyendo la documentación que en él se cita.

### 3.- TRAMITACIÓN DEL PARTE DE SINIESTRO.

---

**W.R. 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 **48 horas** desde la comunicación del siniestro.

### 4.- DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO.

---

**W.R. 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 a través de la **Correduría de Seguros** la documentación que se estime necesaria para la correcta valoración del siniestro.

### 4.- FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

---

Una vez que se disponga de la totalidad de la información/documentación necesaria (incluyendo la declaración de incapacitación realizada por la autoridad laboral en los casos en que ésta corresponda), **W.R. 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 **15 días** naturales 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.

## ANEXO Nº 1

### PARTE DE ACCIDENTES.

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. 902 30 20 24 (atención las 24 horas del día)

#### DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA

NOMBRE Y APELLIDOS			
NIF	EDAD	TELEFONO DE CONTACTO	
DOMICILIO			C.P.
LOCALIDAD Y PROVINCIA			

#### 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: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN 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 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.

W.R BERKEY 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 15/1999, de trece de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable 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](mailto:protecciondedatos@canalsalud24.com).

Firma y sello del Representante del Tomador

Firma de la persona accidentada

#### NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

- El tomador del seguro, cumplimentará en su totalidad éste impreso y comunicará el accidente al ASEGURADOR a través del teléfono 902 30 20 24, donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso al ASEGURADOR mediante FAX al número 902 87 52 30 o por correo electrónico a la dirección [gestion@canalsalud24.com](mailto:gestion@canalsalud24.com)
- Una vez facilitado el número de expediente, el lesionado acudirá al Centro Médico concertado que le indique el Equipo Médico para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.

**SEDE SOCIAL:** Paseo de la Castellana, 149 - 28046 Madrid - Tel +34 91 449 26 46 - Fax +34 91 449 26 99

**OFICINA:** Gran Vía de les Corts Catalanes 632 C - 08007 Barcelona - Tel +34 93 481 47 29 - Fax +34 93 481 47 37

**ANEXO 2**

**NOTIFICACION DE SINIESTROS DE ACCIDENTES**

Por favor cumplimente este formulario y remítalo junto con el original de los documentos que se solicitan por correo electrónico directamente o a través de su correduría de seguros, a la siguiente dirección:

[gestion@canalsalud24.com](mailto:gestion@canalsalud24.com)  
[info@canalsalud24.com](mailto:info@canalsalud24.com)

**Datos del asegurado:**

Nombre \_\_\_\_\_  
DNI/NIF \_\_\_\_\_ Departamento/Cargo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Número de personas a su cargo \_\_\_\_\_

**Datos del Beneficiario: (Rellenar sólo cuando sea persona distinta del asegurado)**

Nombre \_\_\_\_\_  
DNI/NIF \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Información del accidente.**

Fecha de ocurrencia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Lugar exacto donde ocurrió \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Descripción de los hechos (si es necesario, adjunte hojas adicionales).**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DOCUMENTACION A APORTAR SEGÚN LAS COBERTURAS OBJETO DE RECLAMACION

---

#### 1.-Asistencia sanitaria (Reembolso de gastos).

- Aporte factura original de la prestación sanitaria

#### 2.-En caso de fallecimiento del asegurado, aportar la siguiente documentación:

- Certificado médico, amplió y detallado, que indique motivos y causas, con fecha de ocurrencia y proceso, del accidente que haya causado el fallecimiento del asegurado, así como de antecedentes de salud del asegurado que hayan podido influir en las consecuencias del accidente.
- Certificado de defunción (original).
- DNI y NIF de los beneficiarios (fotocopia).
- Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades (original)
- Copia del último testamento si lo hubiera.
- Libro de familia (fotocopia).
- Documentación acreditativa de la liquidación del impuesto sobre sucesiones y donaciones en la que se incluye el importe del seguro.
- Diligencias del juzgado, informe médico forense, copia completa del atestado o informe de la guardia civil, etc. Cuando proceda.

#### 3.-En caso de Invalidez Permanente Absoluta, Total o Parcial, describa las producidas con motivo del accidente:

---

---

---

---

---

---

---

---

#### y adjunte la siguiente documentación:

- DNI y NIF del asegurado (fotocopia).
- Certificado médico amplio y detallado donde se reflejen las lesiones y secuelas sufridas por el asegurado.
- Partes de baja, continuidad y alta del asegurado.
- Otros documentos (indicar cuáles):
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

Si Ha dictado Resolución el I.N.S.S (u organismo competente) evaluando cualquier tipo de incapacidad:

- No
- Si (Adjunte Resolución)

#### 4.-En caso de Intervenciones y Prótesis Dentales

- Aporte factura original de la prestación sanitaria

#### 5.-En caso de Renta por Orfandad

- Certificado médico, amplió y detallado, que indique motivos y causas, con fecha de ocurrencia y proceso, del accidente que haya causado el fallecimiento del asegurado, así como de antecedentes de salud del asegurado que hayan podido influir en las consecuencias del accidente.
- Certificado de defunción (original).y en su caso del cónyuge
- DNI y NIF de los beneficiarios (fotocopia).
- Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades (original)
- Copia del último testamento si lo hubiera.
- Libro de familia (fotocopia).
- Documentación acreditativa de la liquidación del impuesto sobre sucesiones y donaciones en la que se incluye el importe del seguro.
- Diligencias del juzgado, informe médico forense, copia completa del atestado o informe de la guardia civil, etc. Cuando proceda.

#### 6.-En caso de Renta Diaria por Hospitalización

- Aporte copia sellada por el centro del volante de asistencia sanitaria (Anexo 2)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firmado:

El asegurado/beneficiario