



PROCESO DE ASISTENCIA A LOS ASEGURADOS

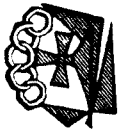
Los asegurados accidentados deberán ser atendidos en primera cura in-situ por los medios asistenciales médicos, que los Directivos u Organizadores de competiciones o actividades deportivas estén obligados a tener a su cargo y responsabilidad, en los lugares de desarrollo de las mismas y en segundas y posteriores curas, si así lo precisara la naturaleza de la lesión, por los servicios médicos asistenciales de la Mutualidad.

En caso de accidente deportivo, el asegurado lesionado está obligado a acudir a la Entidad Deportiva que le dio de alta como beneficiario en el Seguro de la Mutualidad y comunicar su accidente, esta Entidad le indicará si su afiliación es correcta y le facilitará, previo pago de 3 €, el preceptivo Comunicado de Accidente Deportivo, así mismo le informará del Servicio Asistencial concertado al que el asegurado lesionado debe acudir.

Los Servicios Médicos concertados por la Mutualidad atenderán a todo lesionado que se presente a su consulta con el correspondiente Comunicado de Accidente Deportivo.

En el caso de no aportar la documentación correspondiente y no poder abonar los gastos ocasionados, los servicios asistenciales podrán retener la Licencia Deportiva, hasta que el deportista aporte la documentación solicitada.

La Mutualidad General Deportiva facilitará en depósito a las Entidades Deportivas que tengan póliza firmada, un número determinado de estos Comunicados de Accidente Deportivo (Anexo 3). Las Entidades Deportivas deberán, antes de efectuar un nuevo pedido de partes, enviar a la Mutualidad la liquidación correspondiente a los documentos emitidos, efectuando el pago de 1,50 € por cada comunicado emitido.



**M.G.D.
MUTUALIDAD GENERAL DEPORTIVA
ENTIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL**

COMUNICADO DE ACCIDENTE DEPORTIVO

Evaristo San Miguel, 8 - 4.º
Telf. 91 559 7963 - Fax 91 541 4968
E-Mail: mgd.general@devchc.es
Web: http://www.mgd.es

**CERTIFICADO DE ACCIDENTE DEPORTIVO
(CUMPLIMENTAR POR LA ENTIDAD DEPORTIVA)**

Don/Doña de de de
mayor de edad, con Documento Nacional de Identidad N.º
en nombre y representación de la Entidad Deportiva
domiciliada en provincia
tel. población

CERTIFICO QUE DON:

1.º Apellido
2.º Apellido
Nombre
Domicilio
Ciudad C.P.
Provincia Tel.
D.N.I. Edad Sexo
Fecha deportiva expedida por
Fecha de expedición / / Categoría
Deporte Lesionado en competición entrenamiento

Consta como beneficiario de la Póliza contratada por esta Entidad Deportiva con la Mutualidad General Deportiva y ha sufrido accidente en la práctica de la actividad deportiva el día / /
Y para dar constancia a los efectos oportunos, firmo el presente certificado en:

..... de de
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD AFILIADORA

NOTA: EL FIRMANTE DE ESTE DOCUMENTO SE HARÁ CARGO DE LOS GASTOS DERIVADOS DEL ACCIDENTE, EN EL CASO DE QUE EL DEPORTISTA ACCIDENTADO NO ESTÉ CORRECTAMENTE AFILIADO A LA MUTUALIDAD GENERAL DEPORTIVA.
500 Ptas.

**PARTE MÉDICA DE ACCIDENTE DEPORTIVO
(CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO ASISTENCIAL)**

URGENTE SI NO ATENDIDO ANTERIORMENTE SI NO FECHA LESIÓN ANTERIOR / /
CENTRO ASISTENCIAL
Dr. D.
Domicilio Tel.
Ciudad Provincia
C.P. Colg. N.º N.I.F. o C.I.F.
CÓDIGO DIAGNÓSTICO PADRICE

1.º ESTIMACIÓN:

Inactividad deportiva prescrita días
Tratamiento ambulatorio SI NO Tratamiento en clínica SI NO
Radiología SI NO A. Clínicas SI NO
Anestesia SI NO Rehabilitación SI NO

Materiales utilizados en cura especificar:
Fecha y hora de la asistencia / / FIRMA DEL ESPECIALISTA

ORDEN DE INGRESO
Hospital/Clinica
Dirección
Ciudad Provincia

RUEGO INGRESO PARA:
MOTIVO
N.º M.G.D. / N.º AUTORIZACIÓN PARA INGRESO

Válido exclusivamente en Centros y Facultativos concertados, durante un mes.

El asegurado deberá comunicarnos el accidente dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo sufrido. (Art. 16 de la Ley del Contrato de Seguro).

ANEXO 3