



## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE DE LOS USUARIOS NO FEDERADOS, OCURRIDOS EN LAS INSTALACIONES DEPORTIVAS PERTENECIENTES AL AREA DE DEPORTES DEL AYUNTAMIENTO DE TRES CANTOS

A partir del **1 de enero de 2012**, trabajaremos con los partes de accidentes facilitados por el nuevo gestor de seguros (ACODRID S.A., CORREDURÍA DE SEGUROS)

El parte de accidentes consta de 4 copiativos:

**Acodrid**  
Declaración de Siniestro de Accidentes  
Para usuarios **NO** Federados  
AYUNTAMIENTO DE TRES CANTOS\*\* Área de Deportes

Nº Póliza: 1021100004566  
Nº Parte: 0000

Fecha Siniestro: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Lesionado: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Nº Título: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Socio PD.M.:  SI  NO  Nº carnet: \_\_\_\_\_  
Instalación Municipal donde ha ocurrido el accidente: \_\_\_\_\_

**A) Participante**

a.1. Liga Social de \_\_\_\_\_  
a.2. Juegos Deportivos Municipales de \_\_\_\_\_  
a.3. Escuela Deportiva Municipal de \_\_\_\_\_ Nº Grupo: \_\_\_\_\_  
a.4. Otros \_\_\_\_\_

**B) Usuario de Instalaciones**

b.1. Nº de ticket o entrada de acceso \_\_\_\_\_  
b.2. Instalación \_\_\_\_\_  
b.2.1. Alquiler de Pista de \_\_\_\_\_  
b.2.2. Piscina de Verano \_\_\_\_\_  
b.2.3. Piscina Municipal La Luz \_\_\_\_\_

Medico que se encarga de la atención  
Dr./Dra. \_\_\_\_\_ Nº Colegiado \_\_\_\_\_  
Causa del Accidente \_\_\_\_\_  
Diagnóstico \_\_\_\_\_  
Se remitió a un C. Hospitalario  SI  NO   
En caso afirmativo, indicar \_\_\_\_\_  
Se ha utilizado ambulancia  SI  NO   
Necesita intervención quirúrgica  SI  NO   
Es necesaria rehabilitación  SI  NO   
En Tres Cantos, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ejemplar para Acodrid - Compañía de Seguros

1. Ejemplar **para** Acodrid - Compañía de seguros. (COPIA BLANCO)
2. Ejemplar **para** la Correduría de Seguros Acodrid, S.A. (COPIA ROSA):
3. Ejemplar **para** el Centro Médico. **ENTREGAR AL USUARIO ACCIDENTADO.** (COPIA AMARILLA)
4. Ejemplar **para** las oficinas del Área de Deportes. (COPIA VERDE)

### IMPORTANTE:

- El documento debe estar **DEBIDAMENTE cumplimentado, sellado y firmado por el responsable de la instalación deportiva, con fecha y hora exacta del accidente.** (Cuadro **ROJO**)
- Es imprescindible y necesario que las copias lleguen a su destino con la mayor urgencia posible.
- El **copiativo Amarillo** se deberá entregar al usuario accidentado para que lo presente en el Centro Médico para ser atendido.

### CLINICAS Y CENTROS CONCERTADOS

- **CENTRO MEDICO DESCUBRIDORES** – Sector Descubridores, 44 – Local 9 (28760 – TRES CANTOS) – Tel. 91-803 32 38

HORARIO	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Mañanas	09 a 13	09 a 13	09 a 13	09 a 13	09 a 13	11 a 13
Tardes	15:30 a 19	17 a 20	16 a 20	15:30 a 19	16 a 20	CERRADO

- **CLINICA TRAUMA** – C/ Jorge Juan, 141 – Pl. Baja (28009 – MADRID) Tel. 91 – 435 74 18

**LUNES A VIERNES DE 09:00 A 19:00 HS**

**SABADOS POR LA TARDE, DOMINGOS Y URGENCIAS FUERA DE HORARIO DE LOS CENTROS ANTERIORES:**

- **CLINICA CENTRO** – Avda. Ventisquero de la Condesa, 42 (28035 – Madrid) – Tel. 91-73557 57

### INFORMACIÓN