



ASUNTO: INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVO DE ALUMNOS

El 1 de enero de 2014, la Universidad de Oviedo suscribió un contrato con la Aseguradora MARKEL INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY, SUCURSAL EN ESPAÑA, cuyo objeto es la contratación de una póliza de seguro de **Accidentes Colectivos para alumnos de Postgrado y Títulos Propios y para Estudiantes de Cursos de Verano de Lengua y Cultura Españolas para extranjeros en España**, que garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en la misma cuando los asegurados sufran lesiones corporales debido a una causa súbita, instantánea, externa y violenta a consecuencia de la cual se produzca la muerte o invalidez permanente de los Asegurados.

En el capítulo de **Asegurados** se han incluido a 3.556 Alumnos de Postgrado y Títulos Propios y a 270 Estudiantes de Cursos de Verano de Lengua y Cultura Españolas para extranjeros en España.

A continuación se recoge un **resumen** de los aspectos básicos incluidos en las condiciones particulares y especiales de la póliza contratada con MARKEL INTERNATIONAL ESPAÑA:

OBJETO DEL CONTRATO:

Es objeto del la contratación por la Universidad de Oviedo, como Tomador, de una póliza de Seguro Colectivo de Accidentes para un grupo de alumnos por cuenta del Tomador de la póliza conforme a las especificaciones de la misma.

COLECTIVO ASEGURADO:

El Seguro de accidentes Colectivo se estructura en **dos subgrupos**:

- a) 270 Estudiantes de Cursos de Verano de Lengua y Cultura Españolas para extranjeros en España.
- b) 3.556 Alumnos de Postgrado y Títulos Propios.

La póliza tiene carácter **innominada**. El **sistema de identificación de los asegurados** será vía libro de matrícula y/o registro.

OBJETO DEL SEGURO:

Garantizar el pago de los capitales que se establecen por **muerte, invalidez permanente y absoluta e invalidez permanente parcial, y gastos de asistencia sanitaria por accidente** como consecuencia de los accidentes que sufran los Asegurados.

A título enunciativo y no limitativo:

- Los accidentes que sufra el personal becario de la Universidad de Oviedo durante el ejercicio de las ocupaciones profesionales en el ámbito de las actividades propias del Proyecto o Contrato de investigación de que se trate.
- Los accidentes derivados del uso por el Asegurado, como conductor o pasajero, de automóviles turismo de uso particular o profesional, siempre que su uso esté encuadrado dentro del ámbito de la actividad reglada de docencia.
- Los accidentes que resulten de la utilización por el Asegurado como pasajero de los medios de transporte público de viajeros, por vía terrestre, férrea o fluvial, siempre que se efectúe en un servicio regular de viajeros y con ocasión de una actividad reglada de docencia.
- Los accidentes que puedan ocurrir "*In Itinere*".
- Resto de accidentes no excluidos expresamente por la Compañía de Seguros.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE:

Accidente es toda lesión corporal sufrida por el Asegurado, independientemente de su voluntad y debido a una causa fortuita, instantánea, externa y violenta, que le produzca alguna de las siguientes consecuencias: muerte, invalidez permanente y absoluta o invalidez permanente parcial.

RIESGOS CUBIERTOS:

A) MUERTE POR ACCIDENTE. Por esta cobertura se garantizará el pago al beneficiario del capital estipulado en el supuesto de que el Asegurado fallezca a causa de un accidente.

B) INVALIDEZ PERMANENTE y ABSOLUTA POR ACCIDENTE. Por esta cobertura se garantizará el pago del capital estipulado en el supuesto de que el Asegurado resulte afectado por una invalidez absoluta y permanente declarada por Resolución de la Comisión de Evaluación de Incapacidades de la Seguridad Social u otro organismo competente.

Se entiende por **Invalidez Permanente Absoluta** la situación física irreversible provocada por accidente que imposibilite al Asegurado para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.



C) **INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL.** En función del tipo de lesión, se estimará sobre un baremo de porcentajes sobre el capital Asegurado por cada Compañía Aseguradora, que no podrá ser inferior a lo estipulado administrativamente.

Se entiende por **Invalidez Permanente Parcial** la pérdida anatómica o funcional que origine al Asegurado secuelas físicas irreversibles, de cualquier órgano o miembro, sin impedir la realización de tareas fundamentales de su profesión.

D) **ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE:** Los gastos de asistencia sanitaria por accidente, hasta el límite fijado, así como estancias clínicas y hospitalarias en Centros concertados a consecuencia de accidente serán por cuenta de la Compañía Aseguradora.

COBERTURAS Y CAPITALS ASEGURADOS POR PERSONA:

- Fallecimiento por accidente: 42.000 €
- Invalidez Permanente y Absoluta por accidente: 42.000 €
- Invalidez Permanente Parcial por accidente (según el baremo establecido): 42.000 €
- Gastos de asistencia sanitaria por accidente: Ilimitados.

(*) En Centros médicos **concertados** con la Compañía de Seguros.

(**) Las coberturas y capitales anteriormente indicados **no son acumulables**, es decir, el cobro de una indemnización por invalidez permanente absoluta no implica también el cobro de una indemnización por invalidez permanente parcial y viceversa.

AMBITO TEMPORAL DE COBERTURA:

La Compañía Aseguradora garantizará los accidentes acaecidos durante la realización de las prácticas y/o cursos, tanto en **locales propios** de la Universidad de Oviedo como en **empresas concertadas** por mediación de la Universidad de Oviedo.

Riesgo "In Itinere": Asimismo, quedan garantizados los accidentes con ocasión de los desplazamientos en cualquier medio de locomoción desde el domicilio habitual del Asegurado al lugar de desempeño de la actividad de docencia y viceversa.

En el supuesto de **cese**, por cualquier causa, en el Colectivo Asegurado, se conservarán los derechos que se deriven de enfermedades o accidentes ocurridos durante su pertenencia al mismo, siendo de aplicación para trabajadores temporales y/o eventuales.

AMBITO GEOGRÁFICO DE LA COBERTURA:

Las garantías de fallecimiento e invalidez permanente por accidente tendrán un ámbito de cobertura **mundial**. La prestación de gastos de asistencia sanitaria se limitarán a **España**.

REGULARIZACIÓN DE ALTAS Y BAJAS:

La póliza se concertará con carácter de **innominada**. Las variaciones que se produzcan en la póliza después de formalizada la misma, serán comunicadas por la Universidad de Oviedo a la Compañía de Seguros a través de su mediador con periodicidad **semestral**. La Compañía Aseguradora emitirá posteriormente los correspondientes suplementos de altas y/o bajas de Asegurados, mediante una regularización de asegurados con posterioridad al vencimiento de la anualidad.

Al finalizar cada anualidad de seguro, se practicará una liquidación de la repercusión habida en la prima inicial por causa de las variaciones que se hubieran producido.

A los efectos del presente contrato queda estipulado que en caso de siniestro, se considerará como *fecha de siniestro* la fecha de ocurrencia del accidente.

RIESGOS EXTRAORDINARIOS:

Serán indemnizados por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en la Ley que crea el Consorcio de Compensación de Seguros y el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes, modificaciones y disposiciones complementarias.

OTRAS ESTIPULACIONES DE INTERÉS:

- Las coberturas aseguradas **no son acumulables** entre sí.
- Quedan excluidos del seguro los accidentes acaecidos **con anterioridad** a la fecha de inicio de la póliza, llamados **preexistencias**.
- Queda entendido que al inicio de la cobertura no se encuentra ninguna persona en situación de **incapacidad temporal por accidente** a la fecha de formalización del contrato.
- La duración del contrato es **anual renovable** automáticamente, por periodos anuales iguales.



TRAMITACIÓN DE SINIESTROS:

Para iniciar la **reclamación por siniestro**, deberá remitirse un escrito de comunicación al Servicio de Contratación y Patrimonio por email (patrimonio@uniovi.es), indicando la contingencia ocurrida (fallecimiento, invalidez o asistencia sanitaria por accidente). En el mencionado escrito se detallará la fecha de ocurrencia del accidente y las consecuencias derivadas del mismo que puedan dar derecho a la indemnización, junto con la documentación que se detalla para cada uno de los riesgos cubiertos:

- **Fallecimiento por accidente:** Para la tramitación del siniestro, deberá comunicarse por escrito en el plazo máximo de 7 días desde la ocurrencia del mismo, debiendo aportar el beneficiario, a posteriori, la siguiente documentación:
 1. Certificado literal de defunción del Asegurado fallecido emitido por el Registro Civil.
 2. Certificado de últimas voluntades.
 3. Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el accidente que le causó el fallecimiento o, testimonio de las Diligencias Judiciales completas e informe de la autopsia, si se ha practicado, u otros documentos que acrediten el fallecimiento por causa accidental.
 4. Copia del Libro de Familia.
 5. Copia del DNI. del asegurado fallecido y del beneficiario.
 6. Justificante de Ingreso de la liquidación del Impuesto de sucesiones, o declaración de exención del mismo, debidamente cumplimentado por la Administración tributaria competente.
- **Invalidez Permanente por accidente:** Para la tramitación del siniestro, deberá de comunicarse por escrito en el plazo máximo de 7 días desde el conocimiento por el asegurado de que se le ha concedido la Invalidez Permanente por la Autoridad Administrativa o Judicial, debiendo aportar la siguiente documentación:
 1. Certificado médico, indicando el motivo de la lesión, naturaleza y consecuencia de la misma, con expresión de las secuelas resultantes.
 2. Resolución firme de la autoridad laboral competente donde se exprese el grado de invalidez permanente reconocida al asegurado.
 3. Copia del DNI. del asegurado.
 4. Datos bancarios (copia cartilla).
 5. Si procede, carta de pago o exención del impuesto que corresponda, debidamente cumplimentado por Hacienda.
- **Gastos de Asistencia Sanitaria por accidente:** En el momento de la ocurrencia de un accidente a un asegurado que requiera asistencia sanitaria, salvo en los casos de urgencia, se comunicará previamente a la Universidad de Oviedo a los efectos de solicitar autorización a la Compañía Aseguradora, que indicará el Centro Médico y/u Hospitalario **concertado** más cercano al lugar del accidente. Serán a cargo de la Compañía Aseguradora todos los gastos sanitarios, médicos, traslados, ambulancias, hospitalizaciones, tratamientos y rehabilitaciones que precise el asegurado como consecuencia de un accidente directo cubierto por la póliza, en **cuantía ilimitada** en centros concertados con la Compañía Aseguradora; en centros **no concertados se requerirá consentimiento expreso**. El plazo de duración de la garantía será de **un año** a contar desde la fecha del siniestro.

En caso de Asistencia Sanitaria, se deberá de presentar la siguiente documentación:

1. Justificante y facturas originales de los gastos producidos.
2. Parte de la primera asistencia médica y/o ingreso hospitalario.
3. Certificado médico especificando motivo, causa y consecuencias del accidente.
4. Parte de Baja y Alta hospitalarias.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo,

Oviedo 4 de Febrero de 2014

El Vicerrector de Planificación Económica,

Convenios y Contratos

Santiago García Álvarez



Nº. POLIZA: 146105

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LOS ASEGURADOS EN
CASO DE ACCIDENTE**

**Accidentes Personales
Noviembre 2012**



RAMO ACCIDENTES

Nº. POLIZA : 146105

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE (SINIESTROS EN ESPAÑA)

La Asistencia médica garantizada en la póliza será prestada por los Centros Médicos o facultativo concertado por la Entidad Aseguradora.

En el proceso de comunicación se deberán cumplir **obligatoriamente**, en todo los casos, los siguientes pasos:

1. Se deberá **cumplimentar** el **Parte de Accidentes para Asegurados** (documento adjunto). Dicho parte deberá ser firmado y sellado por el Tomador, la Federación, Club o Entidad Deportiva correspondiente y firmado por el Asegurado afectado/lesionado.

2. El accidente debe ser comunicado **inmediatamente** después de su ocurrencia a la compañía aseguradora, llamando al

Centro de Atención 24 horas de MARKEL, teléfono 902 01 01 66.

En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Datos personales del lesionado.
- Datos del Club, Colectivo o Entidad Deportiva
- Lugar, Fecha y forma de ocurrencia.
- Descripción de los daños físicos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención telefónica **facilitará el número de expediente, que deberá ser anotado en el encabezamiento del parte. El comunicante remitirá posteriormente el parte (y otra documentación que se solicite) en un plazo no superior a 48 horas por fax a la Entidad Aseguradora al número 902 875 230 o por e-mail a las siguientes direcciones:**

gestion@canalsalud24.com

info@canalsalud24.com

3. El lesionado deberá acudir al Centro Médico concertado que se le indique previamente, aportando el "Parte de Comunicación de accidentes" debidamente cumplimentado, incluyendo el número de expediente facilitado por el Centro de Atención telefónica (Imprescindible para recibir asistencia).

Cuando un Asegurado/lesionado se presente en uno de los Centros concertados para su atención (y facilitado por el Centro de Atención Telefónica deberá presentar el parte de Accidentes, DNI y licencia Federativa, en su caso.

4. En casos de **URGENCIA VITAL**, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. En estos casos MARKEL 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 a Centro Médico Concertado para continuar su tratamiento.
En caso de permanencia en centro médico NO CONCERTADO, MARKEL no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.

AUTORIZACIONES

Será necesario tener la autorización previa de la compañía para realizar las siguientes pruebas y tratamientos:

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

En estos casos el Asegurado/lesionado o el Médico o Centro Médico concertado solicitará a MARKEL dicha autorización al fax nº 902 875 230. Junto con la solicitud de autorización se ha de acompañar copia de informe médico detallado, facilitándose por fax, la correspondiente autorización o denegación de 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 **MARKEL** el informe del resultado de la prueba o tratamiento, así como informes sucesivos de la evolución del paciente.

La asistencia será a cargo de las clínicas concertadas presentes en el cuadro médico propuesto por MARKEL. **No serán cubiertas las asistencias médicas en centros de la Seguridad Social o no concertados** (excepto urgencias vitales).

En caso de permanencia voluntaria en un centro médico NO CONCERTADO, MARKEL NO ASUMIRA EL PAGO DE LAS FACTURAS DERIVADAS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.

Los desplazamientos en ambulancia solamente quedan cubiertos para urgencias vitales, y el servicio debe ser 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.

COMUNICACIONES:

Las comunicaciones entre el Colectivo/Federación/Asegurados y el Centro de Atención 24 horas de la compañía podrán quedar grabadas y registradas para el buen funcionamiento del servicio y cumpliendo siempre con la Ley de Protección de Datos.



PARTE DE ACCIDENTES PARA ASISTENCIA SANITARIA

TOMADOR DEL SEGURO	UNIVERSIDAD DE OVIEDO
Nº DE PÓLIZA	146105
Nº DE EXPEDIENTE	

(*) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte del Tomador al teléfono del Centro de Asistencia: 902 01 01 66

DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI		EDAD	
DOMICILIO			
PROVINCIA Y LOCALIDAD		C.P.	
Nº DE LICENCIA		TELEFONO	

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. Dña.	_____	DNI nº	_____
CLUB :	_____		
En nombre y representación del Tomador del Seguro arriba indicado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:			
LUGAR DE OCURRENCIA:	_____		
DOMICILIO:	_____	TELÉFONO:	_____
FECHA DEL SINIESTRO:	_____		
FORMA DE OCURRENCIA:	_____		

CENTRO SANITARIO:	_____		
<p>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.</p> <p>MARKEL 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,</p>			
Firma y Sello del representante de la Entidad	Firma del Lesionado		