



SEGURO OBLIGATORIO - 2019

La Federación del Voleibol Argentino (FeVA) informa a sus afiliadas que en el año 2019 la Compañía de Seguros contratada es “LA SEGUNDA”.

El seguro cubre: accidentes durante el entrenamiento y/o partidos. La franquicia es de \$ 500 y se cubre un total de \$ 40.000 (farmacia y atención médica) y \$150.000 (muerte o invalidez).

Únicamente para todos los jugadores/as, entrenadores y árbitros federados que estén en el sistema digital FeVA (edad de 5 a 80 años).

El procedimiento para realizar la denuncia es el siguiente:

- ✓ Denunciar el siniestro dentro de las 72hs de ocurrido con el formulario correspondiente. Se Adjunta el mismo.
- ✓ La denuncia deberá estar acompañada del informe médico, planilla de juego y enviarla a siniestrosdeportes@lasegunda.com.ar.
- ✓ El informe médico deberá especificar diagnóstico y tratamiento.
- ✓ Los gastos de asistencia médica y farmacéutica quedarán a cargo del denunciante hasta que se presenten los comprobantes de tal asistencia para el correspondiente reintegro hasta la Suma asegurada en póliza.

Para el reintegro se debe presentar:

- ✓ Alta médica.
- ✓ Informes médicos, recibos y facturas (estos deben estar a nombre del titular de la cuenta bancaria puesto en la denuncia).
- ✓ Número de cuenta con CBU para la transferencia del monto a reintegrar.

Prof. Celia Montaruli
Vic. 4ta FeVA

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INSTRUCTIVO PARA LA GESTIÓN DE SINIESTROS DEPORTIVOS

1

DENUNCIAS

- Completa el formulario de denuncia.
- No dejes ningún campo vacío.
- Es obligatorio todos los datos bancarios.
- Dentro de las 72 horas de ocurrido el siniestro, enviá la denuncia con la planilla de juego o nota del entrenador a siniestrosdeportes@lasegunda.com.ar

¿DONDE ENVIÁS LA DOCUMENTACIÓN?

Toda documentación debe ser enviada por mail a siniestrosdeportes@lasegunda.com.ar



2

LIQUIDACIÓN DE GASTOS

Enviá los informes médicos, recibos y facturas a: siniestrosdeportes@lasegunda.com.ar

Los recibos y facturas deben estar a nombre del titular de la cuenta bancaria declarada en la denuncia.



¿QUÉ NECESITÁS PARA REALIZAR UN RECLAMO?

- » FORMULARIO DE DENUNCIA COMPLETO
- » DATOS BANCARIOS
- » PLANILLA DE JUEGO/NOTA DEL ENTRENADOR
- » INFORMES MÉDICOS
- » RECIBOS Y FACTURAS CON VALIDEZ FISCAL

 **SSN** SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

Nº de inscripción en SSN: 037-058-017-D436 | Organismo de control: www.argentina.gob.ar/ssn

**#1
VOS**

GRUPO ASEGURADOR
La segunda
LO PRIMERO SOS VOS

DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE CLUB O ASOCIACIÓN DEPORTIVA

DATOS DE LA POLIZA

Póliza N° _____

Apellido y Nombre del Tomador _____

DATOS DEL ASEGURADO Accidentado

Apellido y Nombre _____ D.N.I. N° _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Domicilio _____ Piso _____ Dpto. _____ Localidad _____

Provincia _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Mail de contacto _____

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE

DINAMICA O CAUSA DE LA LESION

Detallar como ocurrió el accidente:

Fecha de Ocurrencia: ____ / ____ / ____ Hs. _____

Lugar (club) _____ Dirección _____

Mencione las causas del accidente: _____

Gravedad de la Lesión: Leve Grave Mortal

Mencione la lesión sufrida: _____

Zona del cuerpo lesionada: _____

DATOS PARA LA LIQUIDACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Completar los siguientes datos:

Caja de Ahorros Cuenta Corriente (tachar lo que no corresponda)

Banco _____ N° de Cuenta _____

CBU _____ CUIT/CUIL/DNI _____

En caso de no informar cuenta o caja de ahorro, el pago se realizará al Tomador (club o asociación).
Todos los datos son OBLIGATORIOS.

Firma del Asegurado

Aclaración _____

D.N.I. _____