

Mediante el presente escrito,

Me responsabilizo, garantizo y doy fe de que todos los padres, madres o tutores de los jugadores menores de edad y el cuerpo técnico, pertenecientes todos ellos al equipo al que represento y más abajo se detalla, participante en el evento Pinares Cup San Rafael durante los días 15, 16 y 17 de septiembre de 2023, **han revisado y aceptado el contenido, coberturas y cláusulas de la póliza de Seguro de Asistencia con número 53717391** que ampara a los participantes en el evento la cual se encuentra en el siguiente enlace:

- <https://www.pinarescup.com/la-sierra/wp-content/uploads/2023/08/053717391-SR-1.pdf>

Los responsables aceptan el procedimiento establecido por los organizadores del evento para que la Asistencia sea efectiva, de tal forma que **todo accidente que sea tratado de forma diferente a lo que a continuación se indica no será cubierto por la póliza de Asistencia Sanitaria con número 53717391:**

1. La póliza cubre exclusivamente los **daños producidos fruto de los lances de los encuentros** en la disputa de estos. Los daños ajenos a esta condición no son asumibles por la póliza.
2. Todo accidente **será comunicado al coordinador de ejecución.**
3. Caso de urgencia vital, entendido así únicamente por el técnico sanitario presente en la instalación, el accidentado será trasladado de forma urgente al centro de atención más cercano para su valoración y atención.
4. Caso de que el técnico sanitario presente en la instalación en concordancia con los servicios de atención de la compañía aseguradora no contemplen el caso como urgencia vital, el accidentado deberá recibir el parte de accidente por parte de la organización y será trasladado al centro concertado (**no existen centros concertados en la localidad de realización del evento**) propuesto por la compañía aseguradora ofreciendo preferencia a centros concertados sitios en las localidades de origen de los participantes si en ellas existiera.
5. **Si el accidentado no requiere tratamiento inmediato** por la escasa incidencia de la lesión y desea hacer uso de la asistencia tras el evento en su localidad, si en esta existieran centros concertados, o en cualquier otro, **será obligatorio solicitar al coordinador de ejecución el parte de accidentes correspondientes antes de las 22 h. del día de la finalización del evento.**

**Quienes no cumplan con el proceso indicado no serán cubiertos por el seguro de Asistencia indicado y los gastos de su tratamiento si los hubiera deberán ser asumidos por el accidentado.**

Y así, en primera persona me responsabilizo de la comunicación de lo expuesto y firmo el presente documento en fecha, .....

DATOS DEL EQUIPO PARTICIPANTE

Club: .....

Categoría: .....

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre: .....

Apellidos: .....

DNI: .....

Firma,