PROTOCOLO DE ACCIDENTES DEPORTIVOS LLOYD´S INSURANCE COMPANY S.A. 2023 - 2024

TENIS PRINCIPADO DE ASTURIAS

TOMADOR: FEDERACIÓN DE TENIS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
NÚMERO DE PÓLIZA: B1819A230220/221

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE DEPORTIVO

Cuando un deportista asegurado sufre un accidente cubierto en póliza, cabe diferenciar tres tipos de asistencia:

- Asistencia ante URGENCIA VITAL (**está en riesgo la vida del afectado**).
- Asistencia URGENTE (centro hospitalario concertado).
- Asistencia NO URGENTE (derivación a especialista).

La **asistencia médica** garantizada en la póliza será prestada por los **centros médicos o facultativos concertados por la compañía aseguradora.** La única **excepción** a este punto es la **urgencia vital** recibida en centro hospitalario más próximo, pudiendo no ser este uno de los centros concertados por la compañía aseguradora, **Lloyd´s Insurance.**

EN CASO DE PRECISAR ASISTENCIA MÉDICA URGENTE DEBE LLAMAR AL TELÉFONO INDICADO A CONTINUACIÓN DONDE LE INDICARÁN EL CENTRO CONCERTADO AL QUE DEBE ACUDIR:

911 599 590

a) **Asistencia ante** URGENCIA VITAL (**está en riesgo la vida del afectado**)

El asegurado/a podrá recibir asistencia médica de urgencias en el centro sanitario más próximo. La compañía aseguradora 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.
Una vez superada la primera asistencia médica de urgencias, el asegurado/a deberá ser trasladado al Centro Concertado más próximo para continuar con el tratamiento, siempre que la situación médica del lesionado/a lo permita.
En caso de permanencia en Centro Médico NO CONCERTADO, la compañía aseguradora, NO asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados, salvo casos excepcionales y siempre, previa autorización de la compañía aseguradora.

b) **Asistencia URGENTE (centro hospitalario concertado).**
Asistencia que deberá prestarse en caso de accidentes cubiertos en póliza, que impliquen desplazamiento al Hospital para los siguientes casos:

A. Cualquier traumatismo que implique pérdida de conocimiento breve.
B. Heridas abiertas que requieran suturas y/o curas.
C. Lesiones que hagan suponer fracturas de huesos o luxaciones de grandes articulaciones.

La asistencia URGENTE debe prestarse SIEMPRE en los CENTROS CONCERTADOS por LLOYD´S INSURANCE.

Si requiere ingreso o intervención quirúrgica urgente e inmediata, una vez recibida la primera asistencia, el asegurado/a o el centro sanitario pueden solicitar autorización al mail asistencia@digglo.es acompañando:

- Informe médico de urgencias indicando: diagnóstico, descripción de la asistencia recibida y prescripción de la asistencia necesaria.
- Parte de accidente debidamente cumplimentado o esperar validación telemática de la federación.

La compañía aseguradora le asignará un tramitador que contestará al asegurado/a, autorizando o denegando la asistencia y los motivos del cese de la prestación, en el segundo caso.

c) **Asistencia NO URGENTE (centro médico concertado)**.
Se trata de la asistencia que debe prestarse ante accidentes que no requieran una inmediatez en su tratamiento. El asegurado/a puede comunicar el accidente por teléfono (911 599 590) o mail (asistencia@digglo.es) en un plazo máximo de 7 días, desde la fecha de ocurrencia.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Las lesiones que requieran **intervención quirúrgica**, fuera de la URGENICA VITAL, se deberán realizar en los **Centros Concertados destinados para ello**. **NO** se realizan intervenciones quirúrgicas en todos los centros concertados, por lo que será la **compañía aseguradora** la que **informará** al asegurado/a **de los centros concertados donde puede realizarse la misma**.

En caso de que el asegurado/a decida **no intervenirse en el centro concertado** facilitado por la aseguradora y realice la misma en un centro de su **propia elección**, la **aseguradora no asumirá ningún gasto desde que el asegurado/a rechaza la continuidad en centro concertado**, hasta el alta médica definitiva o estabilización.

Las pruebas, tratamientos, agravación de la lesión o consecuencias derivadas de las intervenciones realizadas en centro médico no concertado no estarán cubiertas por la compañía aseguradora.

El asegurado/a debe entregar a la compañía aseguradora el alta médica definitiva para la gestión de futuros expedientes, de lo contrario, la compañía aseguradora denegará la asistencia de las lesiones que un nuevo accidente le pudieran causar.

TRANSPORTE SANITARIO

El traslado al centro médico se realizará por los propios medios del lesionado.

Queda cubierto el primer traslado o evacuación del lesionado **al centro concertado más cercano al lugar del accidente,** por medio de ambulancia **siempre que se trate de una lesión grave y urgente** que no pueda ser atendida por los medios de la organización de la prueba o entrenamiento.

Queda **cubierto** también **un único traslado desde centro médico no concertado/Seguridad Social a centro médico concertado más cercano al anterior**, si el lesionado/a tiene que ser **intervenido/a quirúrgicamente** o tiene que quedarse **hospitalizado/a** durante un período superior a 72 horas.

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE CUBIERTO EN PÓLIZA. ASISTENCIA MÉDICA.

Lo primero es asegurarse que la lesión está incluida en las coberturas de este seguro. Pueden consultarse las coberturas en la póliza contratada.

Para acceder a la asistencia médica es imprescindible seguir los pasos siguientes:

1. **Poner en conocimiento de la compañía aseguradora** el accidente, llamando al teléfono **911 599 590** (atención 24 horas/ 7 días a la semana), o enviando un correo electrónico a **asistencia@digglo.es** adjuntando el parte de accidente.

   Si el asegurado/a es menor de edad, deberá ponerse en contacto con la compañía el padre, madre, tutor legal, entrenador o la persona, mayor de edad, que se encuentre a cargo del asegurado/a en el momento del accidente, para facilitar la siguiente información:
   - Datos personales del asegurado/a
   - Póliza de Seguro a la que pertenece.
   - Dónde se ha producido el accidente.
   - Fecha de ocurrencia del accidente.
   - Descripción detallada del accidente y del daño físico sufrido.
   - Teléfono móvil y correo electrónico de contacto, para la coordinación de la asistencia médica.

   Una vez recogidos estos datos le informarán del centro médico concertado donde debe acudir.

   Si no fuera posible comunicar inmediatamente el accidente a la aseguradora, deberá ser comunicado dentro de las primeras 48 horas desde la fecha de ocurrencia.

   Los asegurados/as que se encuentren en tratamiento **médico NO podrán realizar ninguna actividad que pueda generar agravamiento de la lesión o lesiones sufridas, mientras no hayan recibido el ALTA MÉDICA O ESTABILIZACIÓN**, en cuyo caso se procederá a la paralización del tratamiento médico que estaba recibiendo y al rechazo de las lesiones que un nuevo accidente le hubieran ocasionado.

2. **En todos los casos, es imprescindible** o bien **el envío del "Parte de Accidente"** completamente cumplimentado (firmado y sellado por la Federación y asegurado/a) **o bien la validación telemática por parte de la Federación** mediante la que certifican que el lesionado/a está debidamente asegurado/a y estaba realizando la actividad deportiva (competición o entrenamiento) objeto de la póliza contratada**.** En caso de remitir el parte de accidente se debe enviar al correo asistencia@digglo.es a la mayor brevedad posible para poder dar continuidad a la asistencia médica en caso de precisarse.

3. El servicio médico de la compañía aseguradora se encargará de facilitar los centros médicos concertados para las consultas, pruebas y tratamientos necesarios hasta la estabilización de la lesión, enviando la **AUTORIZACIÓN** correspondiente al lesionado/a para su presentación en el centro médico concertado.

4. **El centro concertado emitirá un informe médico una vez que el lesionado/a haya acudido a su cita y le entregará el mismo al lesionado/a y este a su**

vez deberá enviarlo al servicio médico. Este informe médico será el que el servicio médico de la aseguradora evaluará para aprobar o denegar tratamientos y pruebas posteriores. En caso de que haya que seguir algún tratamiento, habrá que esperar la autorización correspondiente del servicio médico y no se comenzará ningún tratamiento (aunque el médico así lo quiera) hasta que no se disponga del documento de autorización.
No respetar este punto puede acarrear una posible negativa de la compañía aseguradora a cubrir el tratamiento y que tenga que ser abonado por el paciente.

COBERTURAS DEL SEGURO DE ACCIDENTES

- **Asistencia Sanitaria ILIMITADA,** en centros concertados por compañía aseguradora. La cobertura de asistencia sanitaria **incluye los gastos farmacéuticos sólo en régimen hospitalario** y tiene un **límite de duración de 18 meses desde la fecha de ocurrencia** del accidente.

- **ASISTENCIA DENTAL,** con un límite máximo de **240,40 €.** Las prestaciones derivadas por esta garantía **deberán efectuarse en los centros elegidos por el asegurado/a, previa aceptación del presupuesto por parte de la compañía,** en caso contrario**, el asegurado** tomara a su cargo los gastos incurridos. El pago de la prestación la realizará el lesionado/a y será reembolsado por la compañía aseguradora una vez presentada la documentación requerida.

  ***Los daños en prótesis, aparatos de ortodoncia y ortopedia dentaria preexistentes no están asegurados.**

- **Material ortopédico para la curación de un accidente deportivo** (no prevención), **por un importe del 70%** del precio de venta al público del mencionado material. Este material debe ser **prescrito en centro médico concertado**. Las prestaciones derivadas por esta garantía deberán efectuarse en los **centros elegidos por el asegurado/a, previa aceptación del presupuesto por parte de la compañía,** en caso contrario**, el asegurado** tomara a su cargo los gastos incurridos.

- **Asistencia** médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial **en accidentes ocurridos en el extranjero, hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.010,12 €.**

- **Transporte sanitario, queda cubierto el primer traslado** o evacuación del lesionado **al centro concertado más cercano al lugar del accidente**, por medio de ambulancia **siempre que se trate de una lesión grave y urgente** que no pueda ser atendida por los medios de la organización de la prueba o entrenamiento.

  Queda **cubierto** también **un único traslado desde centro médico no concertado/Seguridad Social a centro médico concertado más cercano al anterior**, si el lesionado/a tiene que ser **intervenido/a quirúrgicamente** o tiene que quedarse **hospitalizado/a.**

  El resto de los traslados no están cubiertos (no se realizan traslados a centros concertados del lugar de residencia del lesionado/a por encontrarse desplazado/a).

GASTOS NO INCLUIDOS EN LA PRESTACIÓN

- **Todo material prescrito en servicios ajenos a la compañía aseguradora**
- El material ortésico prescrito para la prevención de accidentes.
- El material prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas.
- Los **gastos derivados de la rehabilitación en los casos siguientes**:
  - Los gastos derivados de rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.
  - Los gastos por tratamientos de algias inespecíficas (no existe causa definida que la produce, pero hay dolor vertebral. Los posibles factores son: alteraciones de la estática, problemas psicosomáticos de cualquier naturaleza), los masajes relajantes y antiestrés.
  - Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.
  - Los gastos por enfermedades crónicas músculo-tendinosas, reumáticas y degenerativas.
  - Los gastos derivados de rehabilitación a domicilio y en piscina.

- Los gastos derivados de las **pruebas diagnósticas diferenciales o de descarte**.
- **Los gastos derivados de trasplante de órganos/tejidos (huesos, cartílagos, tendones…) de donante vivo o donante cadáver** (incluido el material sintético sustitutivo).
- Tratamientos que implanten **cultivos de células madre o factores de crecimiento**, así como las infiltraciones de ácido hialurónico.
- Los gastos de **farmacia ambulatoria**.
- Los gastos originados cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resulten como causa directa o derivada de la práctica del deporte. Asimismo, en caso de recaídas si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte de accidente tramitado.
- **Los accidentes producidos en periodo de baja médica, tanto si esta es laboral o deportiva**.
- No están comprendidos dentro de la cobertura de la póliza, **las posibles nuevas técnicas complementarias de diagnóstico o terapéuticas que vayan apareciendo en el espectro asistencial de la Medicina**. En cualquier caso, la compañía aseguradora, siguiendo su norma tradicional las incorporará a su póliza, cuando su utilidad y eficacia estén contrastadas.

No están cubiertas las lesiones traumáticas no accidentales, tales como: tirones, roturas o desgarros musculares, contracturas, tendinitis, sobresfuerzos, en general, todas aquellas lesiones que no cumplan la definición de accidente (traumatismo por causa violenta, externa, súbita y ajena a la voluntad del asegurado)

- Todas las enfermedades crónicas o no, y lesiones o defectos constitucionales y físicos preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aun cuando no exista un diagnostico concreto.
- Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resulten como causa directa o derivada de la práctica de su deporte.
- Tendinitis no traumáticas.
- Contracturas, tirones musculares, sobreesfuerzos.
- Lesiones degenerativas.
- Gonalgias o dolores sin origen traumático (dolores de espalda, rodillas etc.…).
- **En general, todas aquellas lesiones que no tengan un origen traumático.**

RESUMEN
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

PRUEBAS QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA

- **TODAS** LAS CONSULTAS CON ESPECIALISTAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTOS, NECESITARAN **AUTORIZACIÓN PREVIA**. EN EL CASO DE LA REHABILITACIÓN, SE AUTORIZARÁ EN BLOQUES DE 5, 10, 15 O 20 SESIONES.
- PARA **SU AUTORIZACION** ES NECESARIO QUE EL ACCIDENTE ESTE COMUNICADO Y EL **PARTE DE ACCIDENTE ENVIADO AL SERVICIO MÉDICO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA O VALIDADO TELEMÁTICAMENTE POR LA FEDERACIÓN**

SISTEMA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIONES PREVIAS

- **LAS AUTORIZACIONES LAS PUEDE TRAMITAR TANTO EL CENTRO MÉDICO COMO EL LESIONADO/A**. EL LESIONADO/A PUEDE ENVIAR UN CORREO ELECTRÓNICO CON EL INFORME MÉDICO RESULTANTE DE LA CONSULTA, PRUEBA O FINALIZACIÓN DE UN TRATAMIENTO Y EL TRAMITADOR ASIGNADO LE CONTESTARÁ CON LA ACEPTACIÓN O DENEGACIÓN DE LA CONTINUIDAD DE ASISTENCIA.

  EL LESIONADO DEBE PONERSE EN CONTACTO TELÉFONICO CON EL SERVICIO MÉDICO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA SIEMPRE PARA LA DECLARACIÓN INICIAL DEL ACCIDENTE. LAS DUDAS, CONSULTAS, COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS, PUEDEN SER ATENDIDAS POR CUALQUIERA DE LAS VÍAS (TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO).

- EL SERVICIO MÉDICO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA RESOLVERÁ, SOBRE LA PETICIÓN, EN UN PLAZO MÁXIMO DE 72 HORAS DESDE LA RECEPCIÓN DE LA PETICIÓN DE AUTORIZACIÓN + DOCUMENTACIÓN NECESARIA.

OBSERVACIONES

- **TRANSCURRIDOS 7 DÍAS DESDE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE SIN QUE ESTE HAYA SIDO COMUNICADO AL SERVICIO MÉDICO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA EL SINIESTRO SERÁ RECHAZADO.**