



LLOYD'S

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



TOMADOR: FEDERACIÓN VASCA DE BALONCESTO
NÚMERO DE PÓLIZA: B1819A230201/202



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE DEPORTIVO

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

1. Asistencia URGENTE EN EL PAÍS VASCO (OSAKIDETZA)

CUALQUIER ASEGURADO/A QUE PRECISE SER ATENDIDO/A POR URGENCIAS, DEBERÁ ACUDIR A UN HOSPITAL DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD, OSAKIDETZA.

NO es necesario llamar a la aseguradora para comunicar el accidente.

Las urgencias atendidas por los centros del Servicio Público de Salud, **Osakidetza**, corren a cargo de este, según [Ley 2/2023, de 30 de marzo, de la actividad física y del deporte del País Vasco, PUBLICADA EL 18 DE ABRIL DE 2023](#) y, en ningún caso, podrán reclamar al federado/a el pago del mismo, ni los datos del seguro para su reclamación

2. Asistencia URGENTE FUERA DEL PAÍS VASCO (Centro Concertado)

La **asistencia médica** garantizada en la póliza será prestada en los **centros médicos concertados**, por tanto, **los accidentes** que impliquen desplazamiento al hospital y **cumplan la definición de urgencia** deberán acudir a un **centro concertado**:

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

La única **excepción** al punto anterior, además de la urgencia en el País Vasco que será atendida por el Servicio Público de Salud, Osakidetza, es la **Urgencia vital**:

Si está en riesgo la vida de un asegurado/a podrá recibir asistencia médica de urgencias en el centro sanitario más próximo. La compañía se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia de urgencia prestada. 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 su situación médica lo permita (a criterio del médico tratante). En caso de permanencia en **Centro Médico no Concertado**, **Lloyd´s Insurance**, **NO** asumirá el **pago de las facturas** de los servicios prestados.

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

911 599 590

3. Asistencia NO URGENTE (Centro Médico Concertado).

Se trata de la asistencia que deberá prestarse ante accidentes que no requieran una inmediatez en su tratamiento.

En caso de que no haya precisado asistencia urgente o una vez recibida esta, si el asegurado/a requiere seguimiento de su lesión, puede solicitar autorización para continuar con el tratamiento necesario al mail asistencia@digglo.es acompañando:

- Informe médico de urgencias indicando: diagnóstico, descripción de la asistencia recibida y prescripción de la asistencia necesaria. En los casos en los que haya sido necesaria la asistencia de urgencias.

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

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 intervenir 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, si este ocurre fuera del País Vasco**, 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)**.

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 de la comunicación, para facilitar la siguiente información:

- Datos personales del asegurado/a
- Póliza de Seguro a la que pertenece.
- Fecha de ocurrencia y dónde se ha producido el accidente.
- Descripción detallada del accidente y del daño físico sufrido.
- Información del centro del Servicio Público de Salud al que ha acudido, en caso de que haya precisado asistencia urgente en el País Vasco.
- 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 en un plazo máximo de 72 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.** 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.
- 3. El centro concertado emitirá un informe que remitirá al servicio médico o bien entregará al lesionado/a** y este a su vez puede enviarlo al servicio médico para agilizar los trámites y gestionar el tratamiento pautado. Este informe médico será el que el servicio médico evalúe para aprobar o denegar tratamientos y pruebas posteriores. En caso de que haya que seguir algún tratamiento, hay 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 la compañía aseguradora (**excepto la urgencia en el País Vasco, que debe ser atendida en Osakidetza**). 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.

En caso de que el Servicio Público de Salud, Osakidetza, pague material ortopédico, NO se denegará el reembolso del material. En estos casos, el servicio médico de la aseguradora gestionará una cita al asegurado/a con el especialista concertado que corresponda para que sea este el que indique la necesidad de dicho material y lo prescriba. En caso de que el especialista considere que no es un material prescrito para la curación de la lesión o lesiones provocadas por el accidente deportivo se denegará el reembolso siempre explicando al asegurado/a los motivos de dicha denegación.

- **Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial en accidentes ocurridos en el extranjero, hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.010,12 €**. Las prestaciones derivadas por esta garantía deberán efectuarse en los centros elegidos por el asegurado/a y se reembolsarán por la compañía aseguradora una vez recibida la documentación necesaria.
- **Transporte sanitario, queda cubierto el primer traslado** o evacuación del lesionado **al centro concertado más cercano al lugar del accidente, si este ocurre fuera del País Vasco**, 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**.

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:**
 - o Los gastos derivados de rehabilitación por dolencias ergonómicas o de higiene postural.
 - o 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.
 - o Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.
 - o Los gastos por enfermedades crónicas músculo-tendinosas, reumáticas y degenerativas.
 - o Los gastos derivados de rehabilitación a domicilio y en piscina.
- Los gastos derivados de las **pruebas diagnósticas diferenciales o de descarte.**
- El **transporte sanitario**, excepto el indicado en las coberturas.
No se realizan traslados a centros concertados del lugar de residencia del lesionado/a por encontrarse este desplazado/a; ni traslados a consultas, pruebas, o tratamientos, salvo casos excepcionales, previa autorización de la compañía.
- **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.

Como mejora al Real Decreto, Lloyd´s Insurance, cubre las lesiones accidentales no traumáticas (LANTS): Lesión corporal que derive de una causa violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado, sobrevenida por el hecho u ocasión del ejercicio de la actividad deportiva por la que el asegurado se encuentre afiliado y que le produzca invalidez temporal, permanente o muerte.

No estarán cubiertas, en ningún caso, las enfermedades o patologías crónicas derivadas de la práctica habitual del deporte, por microtraumatismos repetidos, tales como tendinitis y bursitis crónica, artrosis o artritis, hernias discales, y en general cualquier patología degenerativa o preexistente.

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 TELEFÓNICO 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.**