

LLOYD'S

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



TOMADOR: FEDERACIÓN DE BALONCESTO DE CASTILLA Y LEÓN
SUPLEMENTO DEBA

PROTOCOLO PARA PARTICIPANTES EN CAMPEONATOS REGIONALES DE EDAD CONVOCADOS POR LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN O COMPETICIONES ORGANIZADAS POR FBCyL EN CATEGORÍA MINIBASKET, INFANTIL, CADETE Y JUNIOR, BIEN SEAN JUGADORES/AS, TÉCNICOS/AS o ÁRBITROS/AS

NÚMERO DE PÓLIZA: B1819A230208/209

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 (PROTOCOLO DEBA)

CUALQUIER FEDERADO/A, MENOR DE 18 AÑOS (incluidos árbitros y técnicos DEBA aunque sean mayores de 18 años), QUE PRECISE SER ATENDIDO/A POR URGENCIAS, DEBERÁ ACUDIR A UN HOSPITAL DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD O AL CENTRO QUE HUBIERA DESIGNADO SEGÚN PROTOCOLO DEBA.

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

Las urgencias serán atendidas por los centros del Servicio Público de Salud, **Sacyl**, o centro referenciado según protocolo DEBA. Estas urgencias corren a cargo de los anteriores, según [el artículo 16 de la Ley 3/2019, de 25 de febrero, de la Actividad Físico-Deportiva de Castilla y León](#) y, en ningún caso, podrán reclamar al federado/a el pago de este, ni los datos del seguro para su reclamación a Lloyd`s.

2. Asistencia NO URGENTE (Centro Médico Concertado).

Los federados/as DEBA que precisen asistencia médica para el seguimiento de sus lesiones, una vez han sido valorados en urgencias, según el punto anterior, deben llamar al teléfono indicado a continuación para dar de alta el parte de accidente, siendo obligatorio el envío del **informe médico de urgencias**, al correo asistencia@digglo.es. Una vez recibida y valorada la documentación le informarán del centro concertado al que debe acudir a través de la compañía aseguradora.

911 599 590

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.

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.
- Informe médico de urgencias del centro del Servicio Público de Salud o centro designado según protocolo DEBA al que ha acudido.
- 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.

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 todas 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 para asegurados cubiertos por suplemento DEBA**). 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**, se aplicará la cobertura según protocolo DEBA
- **Material ortopédico para la curación de un accidente deportivo** (no prevención), se aplicará la cobertura según protocolo DEBA.
- **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.

Quedan excluidas 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.

No estarán cubiertas en ningún caso, entendiéndose como preexistencia: rotura de menisco por desgaste, esguince articular crónico y luxaciones de hombros reiteradas.

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.**
- **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.

RESUMEN

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

PRUEBAS QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA

- **TODAS LAS ASISTENCIAS:** CONSULTAS CON ESPECIALISTAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTOS, NECESITARÁN **AUTORIZACIÓN PREVIA**. EN EL CASO DE LA REHABILITACIÓN, SE AUTORIZARÁ EN BLOQUES DE 5, 10, 15 O 20 SESIONES.
PARA **SU AUTORIZACIÓN** ES NECESARIO QUE EL ACCIDENTE ESTE COMUNICADO Y EL **PARTE VALIDADO POR EL CLUB DEPORTIVO Y/O FEDERACIÓN**. PARA ELLO TIENE QUE LLAMAR AL TELÉFONO:

911 599 590

TAMBIÉN PUEDE ENVIAR UN CORREO CON SUS DATOS DE CONTACTO, ADJUNTANDO EL INFORME DE URGENCIAS A: asistencia@digglo.es Y UN TRAMITADOR CONTACTARÁ CON USTED PARA INDICARLE LOS PASOS A SEGUIR.

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.**