

FEDERACIÓN DE CICLISMO DE CASTILLA Y LEÓN 2017-2018

Póliza: 16FD005

PRIMERA ASISTENCIA CON MOTIVO DE UN ACCIDENTE INCLUIDO EN LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES

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

- Asistencia ante **URGENCIA VITAL** (está en riesgo la vida del afectado)
- Asistencia **URGENTE** (CENTRO HOSPITALARIO)
- Asistencia **NO URGENTE**

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 entidad 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 al lugar del accidente para continuar con el tratamiento.

En caso de permanencia en **Centro Médico NO CONCERTADO**, LA ASEGURADORA NO asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados, teniendo que asumir las mismas el propio asegurado/a.

Asistencia **URGENTE** (CENTRO HOSPITALARIO)

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. Contusiones que hagan suponer fracturas de huesos o luxaciones de grandes articulaciones.

*****La asistencia URGENTE debe prestarse en los Centros Concertados por la Aseguradora.*****

Todo lo que no se incluya en los mencionados supuestos deberá recibir Asistencia **NO URGENTE**

Si requiere ingreso o intervención quirúrgica urgente e inmediata, una vez recibida la primera asistencia, el centro sanitario deberá solicitará autorización por correo electrónico a asistencia.federaciones@ayaxsuscripcion.com de la Aseguradora acompañando:

- Informe médico indicando diagnóstico, descripción de la asistencia recibida.

- Prescripción de la asistencia necesaria.

La entidad Aseguradora contestará directamente al centro, autorizando o denegando dicha asistencia.

Asistencia **NO URGENTE**

Se trata de la asistencia que deberá prestarse ante accidentes que tengan cualquier otra consecuencia y que no requieran una inmediatez en su tratamiento.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Las lesiones que requieran intervención quirúrgica fuera de la **URGENCIA VITAL**, se deberán realizar en los **Centros Concertados** destinados para ello.

En caso de que el lesionado decida **no intervenir en el centro concertado** facilitado por la Aseguradora, deberá firmar un documento de renuncia, pudiendo realizar la misma en un centro de su **propia elección**, en este caso la Aseguradora no asumirá ningún **gasto** desde que el lesionado/a rechaza la continuidad en centro concertado, hasta el alta médica definitiva o estabilización.

El lesionado estará obligado a la entrega a la entidad aseguradora del alta definitiva para futuros siniestros si se produjeran.

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

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

La asistencia médica garantizada en la Póliza, será prestada por los centros médicos o facultativos concertados por la entidad Aseguradora.

La única excepción a éste punto es la urgencia vital recibida en centro hospitalario más próximo, no siendo éste un centro concertado.

Lo primero que debe hacer el accidentado 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:

PRIMERO: Poner en conocimiento de la compañía aseguradora el accidente, llamando al teléfono **91.141.21.14** (24 horas).

Si el asegurado/a es menor de edad, deberá ponerse en contacto con la compañía el padre, madre, tutor legal o la persona, mayor de edad, que se encontrara a cargo del asegurado/a en el momento del accidente, para facilitar la siguiente información:

- Datos personales del asegurado/a
- Colectivo al que pertenece.
- Dónde se ha producido el accidente.
- Fecha de ocurrencia del accidente.
- Descripción detallada del accidente y del daño físico sufrido.
- Teléfono móvil de contacto, para la coordinación de la asistencia médica.

Una vez recogidos estos datos, siempre que sea posible, **le facilitarán un nº de expediente**, que deberá ser anotado en el encabezamiento del “PARTE DE ACCIDENTE” y **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 24 horas desde la fecha de ocurrencia (ya sea telefónicamente o mediante el envío del “PARTE DE ACCIDENTE”).

SEGUNDO: En todos los casos, **es imprescindible** el envío del “PARTE DE ACCIDENTE” debidamente cumplimentado (todos los datos), **firmado y sellado por el Tomador de la Póliza**.

Una vez cumplimentado y firmado se debe enviar a la entidad Aseguradora a través del email **asistencia.federaciones@axajsuscripcion.com** en el plazo máximo de **24 horas** desde el momento del accidente.

El Tomador de la Póliza facilitará el impreso de “PARTE DE ACCIDENTE”. También podrá solicitarse por correo electrónico.

En cualquier caso, un **asegurado** que se encuentre **en tratamiento médico NO podrá realizar ninguna actividad deportiva, mientras no haya recibido el ALTA MÉDICA O ESTABILIZACIÓN** con el fin de no agravar las lesiones sufridas, 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.

TERCERO: La aseguradora se encargará de facilitar el centro médico y pedir cita para todas las visitas, pruebas y tratamientos necesarios hasta la estabilización de la lesión, reflejando que el asegurado acude a través del seguro médico deportivo y mandando la **AUTORIZACIÓN** correspondiente.

CUARTO: Una vez presentado a la cita, el centro médico emitirá un informe médico por escrito para después enviarlo,, o el propio asegurado o dicho centro médico, a la aseguradora..

Este informe médico será el que la aseguradora evaluará para aprobar o denegar tratamientos y pruebas posteriores. En caso de que haya que seguir algún tratamiento, esperar órdenes de la aseguradora y no comenzar ningún tratamiento (aunque el médico así lo quiera) hasta que no se tenga la cita informada y por tanto el consentimiento de la aseguradora.

No respetar este punto puede acarrear una posible negativa de la entidad aseguradora a cubrir el tratamiento y que tenga que ser abonado por el paciente.

RESUMEN

ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

Obtener Nº de Expediente: Tlf: **91 141 21 14**
Consulta de Coberturas / Centros Médicos: Tlf: **91 141 21 14**
E-mail: asistencia.federaciones@ayaxsuscripcion.com

IMPORTANTE:

- Para acudir al servicio médico es preciso la obtención del Nº de Expediente (**91 141 21 14**).
- El servicio médico podrá denegar la asistencia si el asegurado/a no facilita dicho Nº de Expte.
- El teléfono de asistencia al asegurado/a es el **91 141 21 14** está operativo todos los días de la semana durante las 24 horas.

COBERTURAS DEL SEGURO DE ACTIVIDAD DEPORTIVA

- o **Asistencia Sanitaria ilimitada** en centros concertados por la Aseguradora. La cobertura de asistencia sanitaria **no incluye los gastos farmacéuticos, salvo en régimen hospitalario** y tiene un **límite de duración de 18 meses desde la fecha de ocurrencia** del accidente.
- o **Material ortopédico**, quedan cubiertos los gastos originados por la adquisición de 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 ortopédico.

Las prestaciones derivadas por esta garantía **deberán efectuarse por profesionales o proveedores designados o aceptados por la compañía**, en caso contrario, **el asegurado** tomará a su cargo la **mitad de los gastos incurridos**.

- o **ASISTENCIA DENTAL**, gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos serán cubiertos hasta con un límite máximo de **240,40€**.

Las prestaciones derivadas por esta garantía **deberán efectuarse por profesionales o proveedores designados o aceptados por la compañía**, en caso contrario, **el asegurado** tomara a su cargo la **mitad de los gastos incurridos**.

IMPORTANTE:

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

GASTOS NO INCLUIDOS EN LA PRESTACIÓN

- Todo material prescrito en servicios ajenos a la entidad Aseguradora.
- 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 anti estrés.
 - 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 órgano/tejidos de donante vivo o donante cadáver.
- Tratamientos que implanten cultivos de células madre o factores de crecimiento, así como las infiltraciones de ácido hialurónico.
- Los gastos de farmacia.

IMPORTANTE:

Se considera accidente deportivo: Traumatismo por causa violenta, externa, súbita y ajena a la voluntad del asegurado. **No quedan cubiertas las lesiones no accidentales**, tales como, entre otras, las siguientes:

- 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, ambas rodillas etc...).
- En general, todas aquellas lesiones que no tengan un origen traumático.
- **No se cubre la lesión deportiva, sino el accidente deportivo.**

RESUMEN

PROTOCOLO MÉDICO DE ACCIDENTE

PRUEBAS QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA ASEGURADORA

- LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
- **TODAS** LAS 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.

SISTEMA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIONES PREVIAS

- **LAS AUTORIZACIONES LAS DEBE TRAMITAR EL CENTRO MÉDICO** QUE ATIENDE AL LESIONADO, NO ES NECESARIO QUE EL LESIONADO SE PONGA EN CONTACTO CON LA COMPAÑÍA DESPUÉS DE CADA CONSULTA, PRUEBA O FINALIZACIÓN DE UN TRATAMIENTO, SIEMPRE LO TRAMITARÁ EL CENTRO MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO.

IMPORTANTE: EL LESIONADO DEBE PONERSE EN CONTACTO CON LA COMPAÑÍA, ÚNICAMENTE, PARA LA DECLARACIÓN INICIAL DEL INCIDENTE, DUDAS, CONSULTAS, COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS...

- EL CENTRO MÉDICO SOLICITARÁ AL LESIONADO, SEGÚN EL CASO, LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- 1.- Parte de Accidente + Nº de Expediente
- 2.- Informe médico de 1ª Urgencia
- 3.- Informes pruebas diagnósticas practicadas

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