



LLOYD'S

PROTOCOLO DE ACCIDENTES DEPORTIVOS
LLOYD 'S INSURANCE COMPANY S.A.
2024 - 2025



**FEDERACION DE TENIS
DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

TOMADOR DEL SEGURO:
FEDERACIÓN DE TENIS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

NÚMERO DE PÓLIZA:
B1819A240311/312



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:

960 992 840

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 soporte@itegra.es acompañando:

- Informe médico de urgencias indicando: diagnóstico, descripción de la asistencia recibida y prescripción de la asistencia necesaria.

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 (960 992 840) o mail (soporte@itegra.es) en un plazo máximo de 72 horas, 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 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**, 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 siguientes pasos:

1. Poner en conocimiento de la compañía aseguradora: El accidente deberá ser comunicado en un plazo máximo de 72 horas y se pueden utilizar dos vías de comunicación:

- A través de su tarjeta sanitaria digital. Esta tarjeta se descarga en su teléfono móvil tras gestionar su alta en la federación y, recibir por mail las instrucciones para su descarga.
- Pueden utilizar el servicio de Atención al Cliente: 960 99 28 40 de lunes a domingo hasta las 00:00h.

2. En el parte de accidente se deben indicar los siguientes datos:

- Lugar donde se ha producido el accidente deportivo; fecha de ocurrencia, teléfono de contacto de la persona federada, correo electrónico de la persona federada, código postal (para asignar Centro) y la descripción detallada del accidente deportivo.
- Con estos datos, se dará de alta el parte de accidente y, la persona federada recibirá una copia del parte en su correo electrónico.
- En un plazo máximo de 24h recibirá un e-mail de validación de su Parte y asignación del Centro Médico donde debe pedir cita para acudir a primera consulta. También recibirá esta información a través de notificación en su móvil tras haber descargado la tarjeta sanitaria digital.
- La persona federada deberá acudir al Centro Médico asignado donde recibirá un diagnóstico de su lesión. El Centro médico dispone de un Expediente on-line a nombre la persona federada donde cumplimentará los datos de la visita.
- El Expediente cumplimentado por el Centro Médico es analizado por la aseguradora, junto con la declaración del parte de accidente y la persona federada recibirá un mail informándole de la aceptación o rechazo de su Expediente, acorde a las coberturas de la póliza. Si el Expediente es VALIDADO por la aseguradora implica que existe cobertura y la persona federada puede comenzar su tratamiento. Caso contrario, es RECHAZADO y carece de cobertura.

3. Autorizaciones:

Será necesario tener la autorización previa de la compañía para realizar las siguientes pruebas y tratamientos: Pruebas especiales de diagnóstico: TAC, RMN, Ecografías, Gammagrafías, así como, Intervenciones Quirúrgicas.

Para acudir a REHABILITACIÓN en centros asignados por el servicio médico de la aseguradora y teniendo un Expediente VALIDADO, no son necesarias autorizaciones sucesivas.

En los casos que se precisa autorización, será el Médico o Centro Médico concertado quien solicitará al servicio médico de la aseguradora dicha autorización a través del Expediente médico on-line y la persona federada recibirá la autorización por correo electrónico en un fichero adjunto. Dicha autorización debe imprimirse y entregarse en el Centro asignado para las pruebas que figurará en la autorización.

También recibirá notificación en su móvil, teniendo disponible la autorización a través de la tarjeta sanitaria digital.

Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la autorización previa de la compañía correrá por cuenta de la persona asegurada.

***** LE RECORDAMOS QUE:**

- a) Los asegurados/as que se encuentren en tratamiento **médico NO podrán realizar ninguna actividad, deportiva u otra, 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.
- b) El accidente debe ser **comunicado en un periodo máximo de 72 horas** desde que se produce el mismo, transcurrido este tiempo sin que el accidente haya sido declarado, **el servicio médico de la aseguradora valorará el caso y podrá rechazar el expediente al haberse roto el nexo causal.**

En todos los casos, **transcurridos 7 días desde la ocurrencia del accidente** sin que este haya sido comunicado a la aseguradora, **el siniestro quedará automáticamente rechazado.**

- c) Cualquier **asistencia distinta de urgencias**, consulta médica, pruebas o rehabilitación, deberá ser **asignada previamente por el servicio médico de la aseguradora.**
- d) Las lesiones que requieran intervención quirúrgica, fuera de la urgencia vital, se debe realizar en Centro Concertado. **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.**
- e) 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.

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 psicósomáticos 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.

Como mejora al Real Decreto, Lloyd's Insurance, cubre las lesiones accidentales no traumáticas (LANTS), ocasionadas únicamente en miembros superiores: 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 incapacidad en el mismo momento de los hechos (en caso de que haya continuado con la actividad deportiva una vez ocurrido el hecho súbito, no quedará cubierta la asistencia).

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.