

NORMAS DE ACTUACION PARA LOS ASEGURADOS DE

FEDERACIONES DEPORTIVAS EN CASO DE ACCIDENTE

NORMAS DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE

La asistencia médica garantizada en la Póliza, será prestada por el Centro Médico concertado por MAPFRE.

Para acceder a ella es imprescindible seguir los siguientes pasos:

1. Recoger el **Parte de Lesiones** en la Federación o Club, debidamente firmado y sellado.

2. Poner en conocimiento de la Compañía Aseguradora el accidente, llamando al número de **teléfono 902 13-65-24** del Centro de Atención a Federaciones de MAPFRE, a su disposición todos los días de la semana (de 10 de la mañana a 8 de la tarde). El plazo máximo para la comunicación del accidente es de una semana desde la fecha de ocurrencia del mismo. La Compañía Aseguradora no se hará cargo de siniestros comunicados en un plazo superior.

3. En la comunicación telefónica, deberán señalarse:

- Datos Personales.
- Club, Equipo y Categoría.
- Lugar, Fecha y Forma de ocurrencia.
- Daños Físicos.
- Si se ha recibido Asistencia Sanitaria: Clínica o Centro que la ha prestado.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención facilitará el **número de expediente**, que deberá ser anotado por el asegurado en el encabezamiento del Parte.

4. El federado deberá acudir al Centro Médico concertado aportando la siguiente **documentación**:

- Licencia Federativa.

- Parte de Accidentes debidamente cumplimentado.

(Nota: es imprescindible para recibir asistencia, que en el parte conste número de expediente)

- D.N.I. acreditativo de su identidad.

(*) Para casos de **URGENCIA CLINICA GRAVE**, el lesionado podrá recibir asistencia sanitaria en el Centro sanitario más próximo. La Compañía Aseguradora se hará cargo de todas las facturas derivadas de las asistencias sanitarias de urgencia. Una vez superada esta primera asistencia de urgencia (máximo 24 horas), el lesionado deberá ser trasladado a un Centro concertado para la continuación de su tratamiento. En caso contrario, es decir, en caso de permanencia en un centro NO concertado, más allá de la primera asistencia de urgencia, el Asegurador no se hará cargo de las facturas derivadas de estos servicios.

A tal fin, el lesionado procederá, el primer día hábil posterior a la atención de urgencia, a poner el accidente en conocimiento de G&C SERVICES llamando al **902 13-65-24**

- El Centro Médico deberá guardar copia del Parte de Lesiones y del Informe Médico.

ATENCIÓN SANITARIA FUERA DE LA PROVINCIA DE ORIGEN

Existe una relación nacional de Centros concertados a los que el Federado puede acudir para recibir asistencia sanitaria en casos de desplazamiento. Esta lista se facilita a las Federaciones.

En cualquier caso, puede solicitarse esta información llamando al **902 13-65-24**.

NOTA ACLARATORIA

La póliza cubrirá las lesiones derivadas de accidente deportivo, es decir, toda lesión producida por un traumatismo puntual, violento, súbito y externo, durante la práctica deportiva, quedando por tanto excluidas todas las enfermedades o patologías crónicas producidas por la práctica habitual del deporte, por microtraumatismos repetidos y no en un momento puntual como son:

- Tendinitis y bursitis crónicas (osteopatía dinámica de pubis, codo de tenista, codo de golf, rodilla de saltador, tendinitis del manguito, patología de las inserciones, etc.).
- Patología degenerativa o lesiones derivadas de ella (artrosis, artritis reumatoide, hernias discales, etc.).
- Otros procesos considerados enfermedades del aparato locomotor, como artritis sépticas, enfermedad de Paget, osteoporosis, enfermedad de Dupuytren, etc.

Por otro lado, indicar que la cobertura de la póliza alcanza el TRANSPORTE SANITARIO URGENTE en ambulancia desde el lugar del accidente hasta el centro médico más cercano que tenga los medios técnicos y humanos necesarios para tratar las consecuencias del accidentes.

EN NINGUN CASO SE CUBRIRA EL TRASLADO DEL ACCIDENTADO POR PETICIÓN PROPIA. SOLO Y EXCLUSIVAMENTE CUANDO EXISTA UNA PETICIÓN DEL EQUIPO MÉDICO QUE JUSTIFIQUE EL TRASLADO PARA ANIMACIÓN DE LA LESIÓN.

AUTORIZACIONES

En caso de necesitar alguna de las siguientes pruebas o tratamientos:

- **Estudios complementarios como: Resonancia Magnética, TAC, Ecografía, Artrografías, etc.**
- **Artroscopias.**
- **Intervenciones quirúrgicas.**
- **Rehabilitación.**

En estos casos el Médico tratante solicitará a la Asesoría Médica dicha Autorización por fax, mediante **Informe Médico detallado**, que incluya diagnóstico, mecanismo de la producción, tratamiento o prueba solicitada y motivo de la solicitud.

No se realizará ningún acto diagnóstico o terapéutico sin la misma.

La respuesta se enviará al mismo Médico que la ha solicitado, también por fax, el cual deberá confirmar al asegurado que tiene autorizada dicha prueba o tratamiento.

Para recibir sesiones de RHB, el asegurado deberá recoger el fax de la Autorización y entregarlo al Centro de Fisioterapia (que siempre será un centro concertado).

Igualmente, para pruebas diagnósticas el asegurado recogerá la Autorización en la consulta de su Médico y la entregará en el Centro concertado.

Tras obtener la oportuna Autorización se remitirá Informe del resultado de la Prueba o tratamiento, e informes sucesivos del estado y/o evolución del paciente con una periodicidad de al menos 20 días, de acuerdo en cualquier caso con las directrices que indique la Asesoría Médica de MAPFRE.

Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la Autorización previa de la Asesoría Médica de MAPFRE, correrá a cargo del asegurado.