

ANEXO -III

**PROTOCOLO MÉDICO
ACCIDENTES DEPORTIVOS**
VINDEX BUREAU S.A., Gestión de Siniestros.

FEDERACIONES DEPORTIVAS

DOCUMENTOS ANEXOS:

- Parte de Accidente Deportivo
- Resumen de Protocolos de Accidentes Deportivos
- Ampliación de Información Protocolos Accidentes Deportivos
- Modelo de Informe Médico VINDEX BUREAU.
- Modelo de Alta Médica VINDEX BUREAU.
- Documento de Aceptación de Responsabilidad Económica
- Documento Solicitud de Intervención Quirúrgica

RESUMEN

PROTOCOLO MÉDICO ACCIDENTE DEPORTIVO

VINDEX BUREAU S.A., Gestión de Siniestros.

DOCUMENTACIÓN A ENTREGAR POR EL DEPORTISTA AL SERVICIO MÉDICO

- ASISTENCIA DE URGENCIAS:
 - o TARJETA IDENTIFICATIVA ASEGURADO +
 - o PARTE DE ACCIDENTE DEPORTIVO +
 - o Nº DE EXPEDIENTE (DEBERÁ FIGURAR EN EL PARTE DE ACCIDENTE)
- EL PARTE DE ACCIDENTE PUEDE DESCARGARSE DE LA WEB: www.pontgrup.com
- SI EL DEPORTISTA NO APORTA Nº DE EXPEDIENTE, SOLICITARLO EN EL TFNO: **902.152.122** (teléfono operativo de lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas, sábados y domingos de 10:00 a 20:00 horas).
- SIN DICHO EXPEDIENTE LA ASEGURADORA PUEDE DENEGAR EL ABONO DE LOS SERVICIOS
- EN CASO DE QUE EL SINIESTRO OCURRA FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA, FACILITEN DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD ECONOMICA.

DOCUMENTACIÓN A ENVIAR POR SERVICIO MÉDICO A VINDEX BUREAU.- FAX 952.60.12.16

- PARTE DE ACCIDENTE (ver modelo anexo)
- INFORME MÉDICO (ver modelo anexo)
- DOCUMENTO DE ALTA MÉDICA (en su caso; ver modelo anexo)

ENVIAR A **VINDEX BUREAU (FAX 952.60.12.16/ e-mail: tramitaciondeporte@vindexbureau.com)** EN UN MÁXIMO DE 24H DESDE LA FECHA DE LA ASISTENCIA O DEL ALTA MÉDICA, SEGÚN EL CASO.

COBERTURAS DEL 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:

- 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.

ALTA MÉDICA DEPORTIVA

- EL DEPORTISTA CAUSARÁ BAJA DEPORTIVA DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE HASTA SU TOTAL REESTABLECIMIENTO.
- UNA VEZ REESTABLECIDO, EL CENTRO MÉDICO DEBERÁ ENVIAR DOCUMENTO DE ALTA MÉDICA (ver anexo) A **VINDEX BUREAU (FAX: 952.60.12.16/e-mail: tramitaciondeporte@vindexbureau.com)** EN UN MÁXIMO DE 24H DESDE LA FECHA DEL ALTA
- **NO QUEDARÁN CUBIERTAS LAS ASISTENCIAS A DEPORTISTAS QUE SE HAYAN REINCORPORADO A LA ACTIVIDAD DEPORTIVA SIN HABER RECIBIDO EL ALTA MEDICA**

PRUEBAS QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN PREVIA

- REHABILITACIÓN
- RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR
- ECOGRAFÍA / SCANNER
- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
- NO SE PRECISA AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAS, REVISIONES Y RADIOLOGÍA

SISTEMA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIONES PREVIAS

SOLICITAR A

VINDEX BUREAU

FAX: 952.60.12.16

e-mail: tramitaciondeporte@vindexbureau.com

* (Documentación mínima a aportar)

** (Documentación a facilitar si se posee o si es solicitada por Vindex Bureau)

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR

1- Parte Accidente Deportivo (con nº de Expte)*

2- Informe Médico Deportivo (con nº de Expte) *

3- Fotocopia Tarjeta Asegurado *

4- Informe médico de 1ª Urgencia **

5- Informes pruebas diagnósticas practicadas **

6- Acta arbitral de la competición **

FACTURACIÓN

DATOS DE FACTURACION:

ARAG ALLGEMEINE VERSICHRUNGS AKTIENGESE

Cl. Roger de Flor 16

08018-Barcelona

CIF: N0041369J

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR

1- Parte de Accidente Deportivo (con nº de Expte)

2- Informe Médico Deportivo (con nº de Expte)

3- Fotocopia Tarjeta Asegurado

4- Autorización de la prueba facturada (si procede)

IMPORTANTE:

- ENVIAR FACTURAS A:
VINDEX BUREAU S. A., Gestión de Sinistros.
C/ Cuevas Bajas nº 4, 3ª planta (Edif. Picasso)
29004 Málaga
- APLICAR BAREMO ACORDADO
- ENVIAR INFORME MÉDICO + PARTE DE ACCIDENTE EN UN PLAZO MÁXIMO DE 24 H. A **VINDEX BUREAU (FAX 952.60.12.16 / e-mail: tramitaciondeporte@vindexbureau.com)**
- LA ASEGURADORA PODRÁ RECHAZAR EL ABONO DE LAS SIGUIENTES FACTURAS:
 - Aquéllas de las que no se haya informado en plazo (24 horas) la existencia del expediente (ver punto anterior).
 - Atenciones que no sean accidentes deportivos (salvo si es primera consulta)
 - Pruebas practicadas sin la autorización previa necesaria

TELÉFONOS DE INTERÉS

VINDEX BUREAU S. A., Gestión de Sinistros.

TFNO: 902.152.122 de 8:00 a 22:00 de lunes a viernes, sábados y domingos de 10:00 a 20:00

FAX: 952.60.12.16

MAIL: tramitaciondeporte@vindexbureau.com

WEB: www.vindexbureau.com

Se ruega enviar toda la documentación con letra legible y en lengua castellana

AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN

PROTOCOLO MÉDICO ACCIDENTE DEPORTIVO

VINDEX BUREAU S.A., Gestión de Siniestros.

1º.- La cobertura será exclusiva para **accidente deportivo** (traumatismo súbito, externo y agudo) acontecido durante la competición o entrenamientos oficiales. No se cubren lesiones no traumáticas (algias, tendinitis, contracturas musculares, etc...).

2º.- Para acudir a los servicios médicos es **imprescindible** que el deportista entregue:

- Tarjeta Asegurado (a entregar por el deportista de modo inmediato)
- Parte de Accidente Deportivo (a entregar por el deportista de modo inmediato)
- Nº de Expediente. Lo podrá obtener el deportista en el teléfono 902.152.122.

Si el deportista acude sin Nº de Expediente, el Centro Médico podrá hacerle firmar el documento de "aceptación de responsabilidad económica", para garantizarse el abono de la factura en caso de que el deportista finalmente no esté asegurado (ver documento Anexo).

3º.- El deportista causará inmediata **baja deportiva** desde el momento del accidente. Para poder volver a la práctica deportiva será imprescindible que el Centro Médico firme al deportista el certificado de **Alta Médica** (ver modelo anexo) y que dicho certificado sea enviado en un **máximo de 24 horas a VINDEX BUREAU (FAX 902.152.122 / e-mail: tramitaciondeporte@vindexbureau.com)**

Carecerá de cobertura de seguro aquél deportista que vuelva a la actividad deportiva antes de que se reciba en su certificado de Alta Médica.

4º.- El centro médico deberá **enviar en un máximo de 24 h.** a **VINDEX BUREAU (FAX 952.60.12.16/ e-mail: tramitaciondeporte@vindexbureau.com)** el Parte de Accidente + **Informe Médico Vindex Bureau** (ver modelo anexo), sin perjuicio de la información adicional que se deba enviar para solicitar autorización para alguna prueba (ver punto siguiente).

5º.- En caso de precisar el deportista alguna prueba sometida a autorización previa, deberá solicitarlo por fax o e-mail, adjuntado la siguiente documentación:

VINDEX BUREAU
FAX: 952.60.12.16
e-mail: tramitaciondeporte@vindexbureau.com

* (Documentación mínima a aportar)

** (Documentación a facilitar si se posee o si es solicitada por Vindex Bureau)

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR

- 1- Parte Accidente Deportivo (con nº de Expte)*
- 2- Informe Médico Deportivo (con nº de Expte) *
- 3- Fotocopia Tarjeta Asegurado *
- 4- Informe médico de 1ª Urgencia **
- 5- Informes pruebas diagnósticas practicadas **
- 6- Acta arbitral de la competición **

Se precisa **autorización previa** de los servicios médicos de la Aseguradora para realizar:

- RESONANCIA MAGNÉTICA
- REHABILITACIÓN
- ECOGRAFÍA / TAC / SCANNER
- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
- NO SE PRECISA AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAS, REVISIONES Y RADIOLOGÍA

PARTE DE ACCIDENTE 2009

Nº EXPTE.

ASEGURADORA: ARAG ALLGEMEINE VERSICHERUNGS AG
MEDIADOR: PONT GRUP, CORREDURÍA DE SEGUROS S.A.
GESTION DE SINIESTROS: VINDEX BUREAU S.A.

Datos del Deportista:

Federación

Apellidos y Nombre

Dirección Completa:

Fecha Nacimiento..... Nif Teléfono Móvil

Club..... Categoría

Información sobre el accidente:

Fecha Accidente. Hora Lugar

Competición / Entrenamiento.....

Causas del Accidente y daño sufrido (explicar con detalle el accidente):

.....

.....

.....

.....

Firma del Accidentado o Tutor.....

DECLARACION JURADA

D., en calidad de (1)*de este federado, certifica que los daños corporales sufridos por el accidentado han tenido lugar durante el transcurso de (2)**....., en la fecha señalada y en su presencia. El firmante de esta declaración responde de la veracidad de la misma y es consciente de que las posibles falsedades vertidas en ella pueden constituir un delito.

- (1) * Entrenador, delegado, etc.
- (2) ** Partido o entrenamiento.

Firma:

D.N.I. :

Vº Bº y Sello Federación / Club

El lesionado autoriza señalado autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente en este parte y la utilización de los mismos para el fin propio del objeto del contrato de seguro, valoración de los daños, cuantificación y pago de la indemnización. Dichos datos serán cedidos exclusivamente a aquellas personas que intervengan en las actividades señaladas así como al tomador de la póliza, todo de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1.999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

ENVIAR ESTE PARTE A VINDEX BUREAU FAX: 952.60.12.16 EN UN MÁXIMO DE 24 H.

INFORME MÉDICO 2009

Nº EXPTE.

ASEGURADORA: ARAG ALLGEMEINE VERSICHERUNGS AG
MEDIADOR: PONT GRUP, CORREDURÍA DE SEGUROS S.A.
GESTION DE SINIESTROS: VINDEXT BUREAU S.A.

Datos del Deportista:

Federación

Apellidos y Nombre

Fecha Nacimiento..... Nif Teléfono Móvil

Club..... Categoría

Información sobre el accidente:

Fecha Accidente. Hora Lugar

Centro de Primera Asistencia (urgencias)

Centro de Continuación de Tratamiento

Causas del Accidente (explicar con detalle el accidente):

.....

.....

.....

Diagnóstico Médico (detallar):

.....

.....

Otras pruebas o actuaciones complementarias a realizar:

REVISIONES	SI / NO	Nº.....
RADIOLOGÍA	SI / NO	TIPO.....
RMN*	SI / NO
REHABILITACIÓN*	SI / NO	Nº SESIONES
INTERV. QUIRÚRGICA*	SI / NO	TIPO

*(Las pruebas marcadas con * precisan autorización previa)*

Solicitud de Autorización

SOLICITAR A
VINDEXT BUREAU
FAX: 952.60.12.16
e-mail: tramitaciondeporte@vindexbureau.com

* (Documentación mínima a aportar)
**(Documentación a facilitar si se posee o si es solicitada por Vindex Bureau)

Documentación a aportar

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR
1- Parte Accidente Deportivo (con nº de Expte)*
2- Informe Médico Deportivo (con nº de Expte) *
3- Fotocopia Tarjeta Asegurado *
4- Informe médico de 1ª Urgencia **
5- Informes pruebas diagnósticas practicadas **
6- Acta arbitral de la competición **

Firmado el día/...../..... por el Dr./Dra. Nº Col.....

ENVIAR A VINDEXT BUREAU EN MÁXIMO DE 24H. FAX: 952.60.12.16 / tramitaciondeporte@vindexbureau.com

ALTA MÉDICA DEPORTIVA 2.009

Nº EXPTE.

ASEGURADORA: ARAG ALLGEMEINE VERSICHERUNGS AG
MEDIADOR: PONT GRUP, CORREDURÍA DE SEGUROS S.A.
GESTION DE SINIESTROS: VINDEK BUREAU S.A.

Datos del Deportista:

Federación

Apellidos y Nombre

Fecha Nacimiento..... Nif Teléfono Móvil

Club..... Categoría

Información sobre el accidente:

Fecha Accidente. Hora Lugar

Centro de Primera Asistencia (urgencias)

Centro de Continuación de Tratamiento

FECHA DE ALTA: /...../.....

Certificamos que el deportista señalado anteriormente ha causado ALTA DEPORTIVA en la fecha indicada y puede reincorporarse sin limitaciones a su normal actividad deportiva.

Dr./Dra.Nº Colegiado.....

Firma y fecha:

ENVIAR ESTE INFORME A VINDEK BUREAU S.A., Gestión de Siniestros.
FAX: 952.60.12.16 / e-mail: tramitaciondeporte@vindexbureau.com
EN UN PLAZO MÁXIMO DE 24 H.

DOCUMENTO ACEPTACIÓN RESPONSABILIDAD ECONÓMICA

ASEGURADORA: ARAG ALLGEMEINE VERSICHERUNGS AG

MEDIADOR: PONT GRUP, CORREDURÍA DE SEGUROS S.A.

GESTION DE SINIESTROS: VINDEK BUREAU S.A.

D. con DNI y
domicilio en C/.....
Población Provincia..... Tfno.....
Móvil

Deportista perteneciente a la Federación.....
Club Categoría

MANIFIESTA:

Pertenecer como deportista federado a la citada Federación / Asociación y se compromete a aportar la TARJETA IDENTIFICATIVA ASEGURADO necesaria para la asistencia sanitaria.

En caso de no disponer de dicha tarjeta, deberá presentar documento de la correspondiente Federación / Asociación que certifique su aseguramiento.

En caso de no presentar dicha tarjeta o certificado en el plazo de 72 horas, se hará cargo personalmente de todos los gastos sanitarios que su atención haya ocasionado.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firma este documento:

En a de de

Firma

SOLICITUD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Nº EXPTE.

ASEGURADORA: ARAG ALLGEMEINE VERSICHERUNGS AG
MEDIADOR: PONT GRUP, CORREDURÍA DE SEGUROS S.A.
GESTION DE SINIESTROS: VINDEK BUREAU S.A.

Paciente
Teléfono Provincia
Federación Club
Fecha de accidente Fecha de 1ª Asistencia
Centro de 1ª asistencia Centro de seguimiento
Hospital para intervención quirúrgica

Antecedentes médicos

Pruebas de diagnóstico y/o tratamiento realizados

Diagnóstico

Tipo de intervención solicitada

Presupuesto:

CONCEPTO	IMPORTE S/BAREMO
PREOPERATORIO	
ALQUILER ARTROSCOPIO	
ALQUILER QUIRÓFANO	
HONORARIOS CIRUJANO	
HONORARIOS AYUDANTE 30%	
HONORARIOS INSTRUMENTISTA 15%	
HONORARIOS ANESTESISTA	
MATERIAL OSTEOSÍNTESIS	
MEDICACIÓN Y FUNGIBLES	
MEDICACIÓN EN PLANTA	
ESTANCIA EN PLANTA	

Importante: (La compañía no se hará cargo de los gastos no incluidos en el presupuesto enviado, salvo autorización expresa. En el caso del material fungible rogamos aporten presupuesto detallado si fuera mayor de 500€)

Observaciones.....
.....

Firmado el día/...../..... por el Dr./Dra. Nº Col.....

