

## **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 evolución médica y solicitudes
- 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](http://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 DE URGENCIA
- 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](mailto: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](mailto: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 VINDEBUREAU

**FAX: 952.60.12.16**

**e-mail: [tramitaciondeporte@vindexbureau.com](mailto: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 de 1ª Urgencia \*\*
- 3- Informe Médico Deportivo (con nº de Expte) \*
- 4- Fotocopia Tarjeta Asegurado \*
- 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:  
**VINDEBUREAU 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  
**VINDEBUREAU (FAX 952.60.12.16 / e-mail: [tramitaciondeporte@vindexbureau.com](mailto: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

**VINDEBUREAU S. A., Gestión de Sinistros.**

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

FAX: 952.60.12.16

MAIL: **[tramitaciondeporte@vindexbureau.com](mailto:tramitaciondeporte@vindexbureau.com)**

WEB: [www.vindexbureau.com](http://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

# **INFORME MÉDICO 2010**

**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):**

.....  
.....  
.....

## **Antecedentes de patologías previas:**

.....  
.....

## **Diagnóstico Médico (detallar):**

.....  
.....  
.....  
.....

## **Documentación a aportar**

1- Parte Accidente Deportivo (con nº de Expte)*	* (Documentación mínima a aportar)
2- Informe Médico Deportivo (con nº de Expte) *	** (Documentación a facilitar si se posee o si es solicitada por Vindex Bureau)
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. .... N° Col.....

**ENVIAR A VINDEXT BUREAU EN MÁXIMO DE 24H. FAX: 952.60.12.16 / [tramitaciondeporte@vindexbureau.com](mailto:tramitaciondeporte@vindexbureau.com)**

**INFORME DE EVOLUCIÓN MÉDICA Y DE SOLICITUDES DIAGNÓSTICAS O TERAPEÚTICAS**

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

**Nº EXPTE.**

**Datos del Deportista:**

Federación .....

Apellidos y Nombre .....

Fecha Nacimiento..... Nif ..... Teléfono ..... Móvil .....

Club..... Categoría .....

**Diagnóstico:**

.....

.....

**Evolución:**

**(Fecha de revisión:.....)**

.....

.....

.....

**Exploración actual:**

.....

.....

.....

**Tratamiento actual:**

.....

.....

**Solicitud de Pruebas Diagnósticas:**

**Indicación o motivo:** .....

- RMN: región .....
- TAC: región .....
- Ecografía: región .....
- Otras: .....

**Solicitud de Tratamientos:**

**Indicación o motivo:** .....

- Rehabilitación región:..... Nº sesiones: .....
- Infiltración región:..... Nº sesiones: .....
- Intervención quirúrgica. Adjuntar solicitud específica para intervención quirúrgica.

Firmado el día ...../...../..... por el Dr./Dra. .... N° Col.....

**ENVIAR A VINDEXT BUREAU EN MÁXIMO DE 24H. FAX: 952.60.12.16 / [tramitaciondeporte@vindexbureau.com](mailto:tramitaciondeporte@vindexbureau.com)**

# ALTA MÉDICA DEPORTIVA 2010

**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: ..... /...../.....

MOTIVO DE ALTA:

- CURACIÓN
- MEJORÍA
- VOLUNTARIA
- OTROS

.....

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 DOCUMENTO A VINDEK BUREAU S.A., Gestión de Siniestros.  
EN UN PLAZO MÁXIMO DE 24 H.

**FAX: 952.60.12.16 / e-mail: [tramitaciondeporte@vindexbureau.com](mailto:tramitaciondeporte@vindexbureau.com)**

## **DOCUMENTO ACEPTACIÓN RESPONSABILIDAD ECONÓMICA**

**ASEGURADORA:** ARAG ALLGEMEINE VERSICHERUNGS AG

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

**GESTION DE SINIESTROS:** VINDEIX 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.....

**PARA GESTIONAR LA AUTORIZACIÓN ES IMPRESCINDIBLE ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD EL INFORME DE LA RMN O PRUEBA DIAGNÓSTICA QUE LA JUSTIFIQUE.**

**ENVIAR A VINDEK BUREAU EN MÁXIMO DE 24H. FAX: 952.60.12.16 / [tramitaciondeporte@vindexbureau.com](mailto:tramitaciondeporte@vindexbureau.com)**

# PARTE DE ACCIDENTE 2010

**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: .....

C. P.: ..... Localidad: ..... Provincia:.....

Fecha Nacimiento: ..... NIF: ..... Teléfono:..... Móvil: .....

Club: ..... Categoría: .....

## **Información sobre el accidente:**

Fecha Accidente: ..... Hora: ..... Lugar: .....

Entrenamiento  Competición  - Nombre: .....

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 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. LOS DATOS SOLICITADOS EN ESTE FORMULARIO DEBEN SER COMPLETADOS ÍNTEGRAMENTE PARA LA GESTIÓN DEL EXPEDIENTE.**