



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

TOMADOR: REAL FEDERACIÓN AERONÁUTICA ESPAÑOLA
Nº DE PÓLIZA: 201601955

SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVOS 2.016



PROTOCOLO ACCIDENTES COLECTIVOS

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. CÍA 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.

En caso de permanencia en Centro Médico NO CONCERTADO, CÍA ASEGURADORA, no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados, salvo casos excepcionales y siempre, previa autorización de la CÍA ASEGURADORA.

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. Lesiones 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 solicitará autorización al mail autorizaciones@asesmed.es o al Fax: 902.105.648 de Cía. Aseguradora acompañando:

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

La Cía. 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 URGENICA VITAL, se deberán realizar en los **Centros Concertados** destinados para ello.

TRASLADOS, TRANSPORTE SANITARIO

El traslado al centro médico se realizará por los propios medios del lesionado. **El transporte sanitario en ambulancia, sólo está contemplado en los casos en los que la lesión lo exija y sea a Centro Médico Concertado.**

Queda cubierto el primer traslado o evacuación del lesionado a los centros o clínicas concertados, por medio de ambulancia u otro medio similar 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.
- Que el lesionado quede hospitalizado.

<h3>NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE CUBIERTO EN PÓLIZA. ASISTENCIA MÉDICA</h3>
--

La asistencia médica garantizada en la Póliza, será prestada por los centros médicos o facultativos a nivel nacional concertados por la Cía. Aseguradora, a través de Asesoramiento Médico Siglo XXI, que informará al asegurado/a de los distintos centros disponibles. La única excepción a éste punto es la urgencia vital recibida en centro hospitalario más próximo, no siendo éste un centro concertado. 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 pasos siguientes:

1.- Poner en conocimiento de la compañía aseguradora el accidente, llamando al teléfono 917.371.350 (24 horas)

Si el asegurado/a es menor de edad, deberá ponerse en contacto con la compañía el padre, madre, tutor legal, profesor 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
- Póliza de Seguro a la 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.
- Cumplimentación y envío del **parte de accidentes**.

Una vez recogidos estos datos, y enviado el parte de accidentes, **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”).

Los federados/as que se encuentren en tratamiento **médico NO podrán realizar ninguna actividad deportiva, mientras no hayan recibido el ALTA MÉDICA DEPORTIVA 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.

2.- En todos los casos, es imprescindible el envío del “PARTE DE ACCIDENTE” debidamente cumplimentado (todos los datos), **firmado y sellado por la Federación, Club o Entidad deportiva y por el federado/a** correspondiente, al Servicio Médico de la Aseguradora, a través del mail autorizaciones@asesmed.es o al Fax: 902.105.648 en el plazo máximo de 48 horas desde el momento del accidente.

La Federación facilitará el impreso de “PARTE DE ACCIDENTE”. **El federado/a NO podrá participar en ningún entrenamiento/competición mientras no haya recibido el ALTA MÉDICA DEPORTIVA O ESTABILIZACIÓN** y se obliga a utilizar para su tratamiento y recuperación los centros médicos que recoge el Protocolo de la Federación para casos de accidente deportivo durante la práctica del deporte.

3.- 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 lesionado acude a través del seguro médico de la Aseguradora Millennium y mandando la **AUTORIZACIÓN** correspondiente.

4.- Una vez presentado a la cita, el centro médico emitirá un informe médico por escrito para después enviarlo, 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 aseguradora a cubrir el tratamiento y que tenga que ser abonado por el paciente.

ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

Obtener Nº de Expediente:

Consulta de Coberturas / Centros Médicos:

E-mail:

Tlf: **917.371.350**

Fax: 902.105.648

autorizaciones@asesmed.es

Importante:

- Para acudir al servicio médico es preciso la obtención del Nº de Expediente (**917.371.350**).
- El servicio médico podrá denegar la asistencia si el alumno no facilita dicho Nº de Expte.
- El teléfono de asistencia al alumno es el **917.371.350** está operativo todos los días de la semana durante las 24 horas.

COBERTURAS DEL SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVOS

- **Asistencia Sanitaria ILIMITADA**, en centros concertados. 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 **300€**. 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 **los gastos incurridos**.
*****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 por 100** del precio de venta al público del mencionado material ortopédico.
- **Asistencia** médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial **en accidentes ocurridos en el extranjero, hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.010,12€, y con un límite temporal de hasta dieciocho meses desde la fecha del accidente.**
- **RESCATE Y TRASLADO SANITARIO**
El traslado al centro médico se realizará por los propios medios del lesionado. El transporte sanitario en **ambulancia**, sólo está contemplado en los **casos en los que la lesión lo exija y sea a centro Médico Concertado**.
Queda cubierto **únicamente el primer traslado o evacuación del lesionado a los centros o clínicas concertados**, por medio de ambulancia u otro medio similar siempre que:
 - * Se trate de una lesión grave y urgente.
 - * Que el lesionado quede hospitalizado.
Queda cubierto el rescate o transporte sanitario de personas accidentadas, **desde el lugar del accidente a centro médico concertado** por la Aseguradora, **siempre que la lesión lo exija, salvo en los casos de urgencia vital**, en los que el traslado a un centro médico no concertado quedará cubierto por el asegurador. En cualquier caso el asegurador asumirá los gastos derivados de un único traslado.

GASTOS NO INCLUIDOS EN LA PRESTACIÓN.

- Todo material prescrito en servicios ajenos a la Compañía.
- 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 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 ambulatoria.
- No tendrán cobertura dentro de la póliza cualquier tipo de hernias (inguinales, discales, etc...)
- **Cuando el accidente se produzca en periodo de baja médica, tanto si ésta es laboral como deportiva, no quedará cubierto ningún gasto.**
- **No están cubiertas las lesiones traumáticas no accidentales**, tales como: tirones, roturas o desgarros musculares, contracturas, tendinitis, sobreesfuerzos, torceduras y esguinces, en general, todas aquellas lesiones que no cumplan la definición de accidente (traumatismo por causa violenta, externa, súbita y ajena a la voluntad del asegurado)

RESUMEN

PROTOCOLO MÉDICO DE ACCIDENTE

PRUEBAS QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA ASEGURADORA

- **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.

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

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