

# PROTOCOLO FEDERATIVO ACCIDENTE DEPORTIVO

## VINDEX BUREAU S.A., Gestión de Siniestros.

### ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

**Obtener N° de Expediente:**

Consulta de Coberturas / Centros Médicos:

Asistencia en Viaje (nacional):

Asistencia en Viaje (extranjero):

Web:

E-mail:

**902.15.21.22 (Vindex Bureau)**

902.15.21.22 (Vindex Bureau)

902.367.184 (Arag)

00 34 93 485 89 28 (Arag)

[www.videxbureau.com](http://www.videxbureau.com)

tramitaciondeporte@vindexbureau.com

**Importante:**

- Para acudir al servicio médico es preciso la obtención del N° de Expediente (902.15.21.22).
- El servicio médico podrá denegar la asistencia si el deportista no facilita dicho N° de Expte.
- El teléfono de asistencia al deportista **902.15.21.22** está operativo todos los días de la semana

### DOCUMENTACIÓN A ENTREGAR AL CENTRO MÉDICO CONCERTADO

- PARA ASISTENCIA DE URGENCIAS:
  - o TARJETA IDENTIFICATIVA ASEGURADO
  - o PARTE DE ACCIDENTE CON N° EXPEDIENTE. (el parte puede recogerse en los servicios médicos o puede descargarse de la web [www.pontgrup.com](http://www.pontgrup.com))

### 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.

# RESUMEN

## PROTOCOLO MÉDICO ACCIDENTE DEPORTIVO

VINDEX BUREAU S.A., Gestión de Siniestros.

### PRUEBAS QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA ASEGURADORA

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

### SISTEMA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIONES PREVIAS

- LAS AUTORIZACIONES LAS DEBE TRAMITAR EL CENTRO MÉDICO QUE ATIENDE AL DEPORTISTA
- EL CENTRO MÉDICO SOLICITARÁ AL DEPORTISTA, SEGÚN EL CASO, LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:
  - 1- Parte de Accidente + Nº de Expediente
  - 2- Tarjeta Asegurado
  - 3- Informe médico de 1ª Urgencia
  - 4- Informes pruebas diagnósticas practicadas
  - 5- Acta arbitral de la competición
- LA ASEGURADORA RESOLVERÁ SOBRE LA PETICIÓN EN UN PLAZO MÁXIMO DE 72 HORAS DESDE LA RECEPCIÓN DE LA PETICIÓN DE AUTORIZACIÓN + DOCUMENTACIÓN NECESARIA

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

# PARTE DE ACCIDENTE 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 .....

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.

Firma:

(1) \* Entrenador, delegado, etc.

(2) \*\* Partido o entrenamiento.

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 VINDEK BUREAU FAX: 952.60.12.16 EN UN MÁXIMO DE 24 H.**