PROTOCOLO DE ACCIDENTES DEPORTIVOS LLOYD´S INSURANCE COMPANY S.A. 2026

TOMADOR DEL SEGURO:
FEDERACIÓ CATALANA D'ESCACS

NÚMERO DE PÓLIZA:
B1819A260379

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE DEPORTIVO

Cuando un deportista asegurado sufre un accidente cubierto en póliza, cabe diferenciar tres tipos de asistencia:

- Asistencia ante URGENCIA VITAL (**está en riesgo la vida del afectado**).
- Asistencia URGENTE (centro hospitalario concertado).
- Asistencia NO URGENTE (derivación a especialista).

La **asistencia médica** garantizada en la póliza será prestada por los **centros médicos o facultativos concertados por la compañía aseguradora.** La única **excepción** a este punto es la **urgencia vital** recibida en centro hospitalario más próximo, pudiendo no ser este uno de los centros concertados por la compañía aseguradora, **Lloyd´s Insurance.**

EN CASO DE PRECISAR ASISTENCIA MÉDICA URGENTE DEBE LLAMAR AL TELÉFONO INDICADO A CONTINUACIÓN DONDE LE INDICARÁN EL CENTRO CONCERTADO AL QUE DEBE ACUDIR:

911 599 590

a) **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. La compañía 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, siempre que la situación médica del lesionado/a lo permita.
En caso de permanencia en Centro Médico NO CONCERTADO, la compañía aseguradora, NO asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados, salvo casos excepcionales y siempre, previa autorización de la compañía aseguradora.

b) **Asistencia URGENTE (centro hospitalario concertado).**
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 SIEMPRE en los CENTROS CONCERTADOS por LLOYD´S INSURANCE.

Si requiere ingreso o intervención quirúrgica urgente e inmediata, una vez recibida la primera asistencia, el asegurado/a o el centro sanitario pueden solicitar autorización al mail asistencia@digglo.es acompañando:

- Informe médico de urgencias indicando: diagnóstico, descripción de la asistencia recibida y prescripción de la asistencia necesaria.
- Parte de accidente debidamente cumplimentado o esperar validación telemática de la federación.

La compañía aseguradora le asignará un tramitador que contestará al asegurado/a, autorizando o denegando la asistencia y los motivos del cese de la prestación, en el segundo caso.

c) **Asistencia NO URGENTE (centro médico concertado)**.
Se trata de la asistencia que debe prestarse ante accidentes que no requieran una inmediatez en su tratamiento. El asegurado/a puede comunicar el accidente por teléfono (911 599 590) o mail (asistencia@digglo.es) en un plazo máximo de 7 días, desde la fecha de ocurrencia.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Las lesiones que requieran **intervención quirúrgica**, fuera de la URGENICA VITAL, se deberán realizar en los **Centros Concertados destinados para ello**. **NO** se realizan intervenciones quirúrgicas en todos los centros concertados, por lo que será la **compañía aseguradora** la que **informará** al asegurado/a **de los centros concertados donde puede realizarse la misma**.

En caso de que el asegurado/a decida **no intervenirse en el centro concertado** facilitado por la aseguradora y realice la misma en un centro de su **propia elección**, la **aseguradora no asumirá ningún gasto desde que el asegurado/a rechaza la continuidad en centro concertado**, hasta el alta médica definitiva o estabilización.

Las pruebas, tratamientos, agravación de la lesión o consecuencias derivadas de las intervenciones realizadas en centro médico no concertado no estarán cubiertas por la compañía aseguradora.

El asegurado/a debe entregar a la compañía aseguradora el alta médica definitiva para la gestión de futuros expedientes, de lo contrario, la compañía aseguradora denegará la asistencia de las lesiones que un nuevo accidente le pudieran causar.

TRANSPORTE SANITARIO

El traslado al centro médico se realizará por los propios medios del lesionado.

Queda cubierto el primer traslado o evacuación del lesionado **al centro concertado más cercano al lugar del accidente,** por medio de ambulancia **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.

Queda **cubierto** también **un único traslado desde centro médico no concertado/Seguridad Social a centro médico concertado más cercano al anterior**, si el lesionado/a tiene que ser **intervenido/a quirúrgicamente** o tiene que quedarse **hospitalizado/a** durante un período superior a 72 horas.

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE CUBIERTO EN PÓLIZA. ASISTENCIA MÉDICA.

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 **911 599 590** (atención 24 horas/ 7 días a la semana), o enviando un correo electrónico a **asistencia@digglo.es** con la información del accidente.

   Si el asegurado/a es menor de edad, deberá ponerse en contacto con la compañía el padre, madre, tutor legal, entrenador o la persona, mayor de edad, que se encuentre 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 y correo electrónico de contacto, para la coordinación de la asistencia médica.

   Una vez recogidos estos datos le informarán del centro médico concertado donde debe acudir.

   Si no fuera posible comunicar inmediatamente el accidente a la aseguradora, debe hacerlo cuanto antes **sin exceder nunca los 7 días** desde la fecha de ocurrencia.

   Los asegurados/as que se encuentren en tratamiento **médico NO podrán realizar ninguna actividad que pueda generar agravamiento de la lesión o lesiones sufridas, mientras no hayan recibido el ALTA MÉDICA O ESTABILIZACIÓN**, 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 obligatorio el envío del parte de accidente por parte de la Federación**, que certifica que la persona lesionada está debidamente asegurada y que el accidente ocurrió durante la práctica de la actividad deportiva cubierta por la póliza. Esta gestión debe realizarla directamente el federado con su federación y remitir el documento debidamente sellado por la misma.

3. El servicio médico de la compañía aseguradora se encargará de facilitar los centros médicos concertados para las consultas, pruebas y tratamientos necesarios hasta la estabilización de la lesión, enviando la **AUTORIZACIÓN** correspondiente al lesionado/a para su presentación en el centro médico concertado.

4. **El centro concertado emitirá un informe médico una vez que el lesionado/a haya acudido a su cita y le entregará el mismo al lesionado/a y este a su vez deberá enviarlo al servicio médico.** Este informe médico será el que el servicio médico de la aseguradora evaluará para aprobar o denegar tratamientos y pruebas posteriores. En caso de que haya que seguir algún tratamiento, habrá que esperar la autorización correspondiente del servicio médico y no se comenzará ningún tratamiento (aunque el médico así lo quiera) hasta que no se disponga del documento de autorización.
   No respetar este punto puede acarrear una posible negativa de la compañía aseguradora a cubrir el tratamiento y que tenga que ser abonado por el paciente.

COBERTURAS DEL SEGURO DE ACCIDENTES

- **Asistencia Sanitaria ILIMITADA,** en centros concertados por compañía aseguradora. 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 **240,40 €.** Las prestaciones derivadas por esta garantía **deberán efectuarse en los centros elegidos por el asegurado/a, previa aceptación del presupuesto por parte de la compañía,** en caso contrario**, el asegurado** tomara a su cargo los gastos incurridos. El pago de la prestación la realizará el lesionado/a y será reembolsado por la compañía aseguradora una vez presentada la documentación requerida.

  *****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%** del precio de venta al público del mencionado material. Este material debe ser **prescrito en centro médico concertado**. Las prestaciones derivadas por esta garantía deberán efectuarse en los **centros elegidos por el asegurado/a, previa aceptación del presupuesto por parte de la compañía,** en caso contrario**, el asegurado** tomara a su cargo los gastos incurridos.

- **Asistencia** médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial **en accidentes ocurridos en el extranjero, hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.010,12 €.**

- **Transporte sanitario, queda cubierto el primer traslado** o evacuación del lesionado **al centro concertado más cercano al lugar del accidente**, por medio de ambulancia **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.

  Queda **cubierto** también **un único traslado desde centro médico no concertado/Seguridad Social a centro médico concertado más cercano al anterior**, si el lesionado/a tiene que ser **intervenido/a quirúrgicamente** o tiene que quedarse **hospitalizado/a.**

  El resto de los traslados no están cubiertos (no se realizan traslados a centros concertados del lugar de residencia del lesionado/a por encontrarse desplazado/a).

GASTOS NO INCLUIDOS EN LA PRESTACIÓN

- **Todo material prescrito en servicios ajenos a la compañía aseguradora**
- El **material ortésico** prescrito para la **prevención** de accidentes.
- Los **elementos de ayuda a la deambulación,** tales como muletas, sillas de ruedas, exoesqueletos, etc.
- El material prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas: **plantillas**, correctores posturales, **zapatos ortopédicos**, etc.
- 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 antiestrés.
  - Los gastos por lesiones y vicios posturales propios del crecimiento.
  - Los gastos por enfermedades crónicas músculo-tendinosas, reumáticas y degenerativas.
  - Los gastos derivados de tratamientos de **rehabilitación** realizados a **domicilio** o en **piscina**, así como **el uso de aparatos** de magnetoterapia, electroterapia, artromotores o cualquier otro dispositivo terapéutico fuera de los centros concertados.
- Se excluyen los gastos correspondientes a **pruebas diagnósticas repetidas o adicionales realizadas con fines de confirmación o seguimiento**, así como las destinadas a **confirmar diagnósticos** que estén expresamente **excluidos** en la póliza.
- El **transporte sanitario**, excepto el indicado en las coberturas.
  No se realizan traslados a centros concertados del lugar de residencia del lesionado/a por encontrarse este desplazado/a; ni traslados a consultas, pruebas, o tratamientos, salvo casos excepcionales, previa autorización de la compañía.
- **Los gastos derivados de trasplante de órganos/tejidos (huesos, cartílagos, tendones…) de donante vivo o donante cadáver** (incluido el material sintético sustitutivo).
- Tratamientos que implanten **cultivos de células madre o factores de crecimiento**, así como las infiltraciones de ácido hialurónico.
- Los gastos de **farmacia ambulatoria**.
- Los gastos originados cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resulten como causa directa o derivada de la práctica del deporte. Asimismo, en caso de recaídas si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte de accidente tramitado.
- **Los accidentes producidos en periodo de baja médica, tanto si esta es laboral o deportiva**.
- No estarán cubiertas las **nuevas técnicas diagnósticas o terapéuticas** que surjan en el ámbito médico, hasta que su utilidad y eficacia hayan sido debidamente comprobadas y la compañía aseguradora disponga su incorporación a la póliza.
- No estarán cubiertas las **plastias extraarticulares**, incluyendo la **plastia de Lemaire** y procedimientos análogos, por considerarse técnicas preventivas.
- Las técnicas quirúrgicas que utilizan equipos de **cirugía robótica**.
- **No estarán cubiertas, en ningún caso,** las enfermedades o patologías crónicas derivadas de la práctica habitual del deporte, por microtraumatismos repetidos, tales como tendinitis y bursitis crónica, artrosis o artritis, hernias discales, y en general cualquier patología degenerativa o preexistente.

RESUMEN
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

PRUEBAS QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA

- **TODAS** LAS CONSULTAS CON ESPECIALISTAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTOS, NECESITARAN **AUTORIZACIÓN PREVIA**. EN EL CASO DE LA REHABILITACIÓN, SE AUTORIZARÁ EN BLOQUES DE 5, 10, 15 O 20 SESIONES.

- PARA **SU AUTORIZACION** ES NECESARIO QUE EL ACCIDENTE ESTE COMUNICADO Y EL **PARTE DE ACCIDENTE ENVIADO AL SERVICIO MÉDICO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO Y SELLADO POR LA FEDERACIÓN.**

SISTEMA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIONES PREVIAS

- **LAS AUTORIZACIONES LAS PUEDE TRAMITAR TANTO EL CENTRO MÉDICO COMO EL LESIONADO/A**. EL LESIONADO/A PUEDE ENVIAR UN CORREO ELECTRÓNICO CON EL INFORME MÉDICO RESULTANTE DE LA CONSULTA, PRUEBA O FINALIZACIÓN DE UN TRATAMIENTO Y EL TRAMITADOR ASIGNADO LE CONTESTARÁ CON LA ACEPTACIÓN O DENEGACIÓN DE LA CONTINUIDAD DE ASISTENCIA.

  EL LESIONADO DEBE PONERSE EN CONTACTO TELÉFONICO CON EL SERVICIO MÉDICO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA SIEMPRE PARA LA DECLARACIÓN INICIAL DEL ACCIDENTE. LAS DUDAS, CONSULTAS, COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS, PUEDEN SER ATENDIDAS POR CUALQUIERA DE LAS VÍAS (TELEFÓNICA O CORREO ELECTRÓNICO).

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

OBSERVACIONES

- **TRANSCURRIDOS 7 DÍAS DESDE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE SIN QUE ESTE HAYA SIDO COMUNICADO AL SERVICIO MÉDICO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, EL SINIESTRO SERÁ RECHAZADO.**

PARTE DE ACCIDENTE

FEDERACIÓ CATALANA D'ESCACS
B1819A260379

En caso de accidente que necesite asistencia sanitaria:

1. Llama siempre al teléfono **911 599 590** y acude al centro médico que te indiquen y **nunca a la Seguridad Social** (excepto urgencia vital).
2. Rellena el siguiente parte de accidente y envíaselo al responsable de tu federación para que lo sellen cuanto antes y poder recibir la asistencia médica que precises (no puede exceder de 7 días desde la fecha de ocurrencia o te rechazarán la atención médica).
3. No acudas a un hospital concertado sin haber recibido autorización por parte de la compañía, pues los gastos correrán de tu cuenta.
4. Después, envía este parte sellado junto con el informe médico de la primera asistencia (en caso de que la hayas precisado) a **asistencia@digglo.es**.
5. A partir de este momento puedes solicitar por cualquiera de las vías, telefónica o mail, los tratamientos prescritos por el médico tratante.

Datos del deportista

APELLIDOS Y NOMBRE:
DNI / PASAPORTE:
CÓDIGO POSTAL, POBLACIÓN y PROVINCIA: (no es necesario indicar domicilio)
TELÉFONO CONTACTO:
CORREO ELECTRÓNICO:
CLUB DEPORTIVO al que pertenece:

Información sobre el accidente

LUGAR DE OCURRENCIA:
FECHA Y HORA DE ACCIDENTE:
TESTIGOS (Nombres de los testigos):
MECANISMO DE PRODUCCIÓN: (Detalle claramente cómo se ha producido el accidente)
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES (Indique daños sufridos):
¿Ha tenido anteriormente alguna lesión en las zonas anatómicas indicadas en párrafo anterior? Si es así, detalle la lesión o lesiones, tratamiento recibido y año de ocurrencia:

Firma del asegurado:

Sello FEDERACIÓN: