

Howden Claims

# Protocolo de actuación: Accidentes deportivos

**Ciclismo Valencia**

**Aseguradora: Asisa**



**HOWDEN**

# ¿Qué hacer en caso de accidente?

## Asistencia en Urgencias



### Contacto Asisa

Teléfono disponible las **24 horas: 91 991 24 40.**

Te informarán sobre los **centros concertados disponibles.**



### Centros concertados

- Puedes acudir a **urgencias** en centros **concertados con ASISA**.
- Debes **identificarte como asegurado** y presentar el **parte de lesiones** y **talón de asistencia**.



### Urgencia vital

En caso de **accidente deportivo grave** con **riesgo inminente para la vida o integridad física**:

- Dirígete al **centro más cercano**, aunque **no esté concertado**.
- ASISA se hará cargo de la asistencia **posteriormente**.



### Traslado en ambulancia

Llamar al número gratuito: **900 900 118**



### Cobertura de urgencias

Las **pruebas diagnósticas, actos médicos e intervenciones quirúrgicas** durante la urgencia:

- **No requieren autorización adicional.**
- Están **cubiertas** con el **Parte de lesiones**.



### ¡Importante!

- Al declarar el accidente, el federado queda **de baja deportiva** hasta recibir el alta médica (que deberá enviar a ASISA una vez recibida)
- Si sufre otro accidente durante la baja, el expediente se **cerrará** y no tendrá **cobertura**.

# Comunicación y trámite del siniestro

## Plazo de comunicación

Debe comunicarse el siniestro en un plazo máximo de **7 días** desde su ocurrencia.

## Documentación requerida

- **Parte de Accidente:** Formulario disponible en el **Portal de Deportes** de la *Federació Ciclisme Comunitat Valenciana*, [pinche aquí](#).
- **¡IMPORTANTE!** Una vez cumplimente el parte, debe solicitar a la federación su firma y sello
- Si ha acudido a **urgencias**, debe adjuntar también el **informe médico** correspondiente.

## Trámite y autorizaciones

Todas las comunicaciones y solicitudes se gestionan a través del **buzón de delegación:** [deportivas.tcn@asisa.es](mailto:deportivas.tcn@asisa.es)

# Asistencia Médico - Sanitaria

## Centros autorizados

La asistencia se realiza **exclusivamente en centros concertados**, [pinche aquí](#) (recuerde seleccionar ANTES de la búsqueda, la categoría “ACCIDENTES DEPORTIVOS”).

## Talones de asistencia

Se debe entregar **un talón por cada:**

- Visita médica de **traumatología**
- **Prueba diagnóstica** (que no requiera autorización)\*
- **Asistencia de urgencias**

- Los talones deben solicitarse según el **procedimiento de cada Federación/Club**.

## Informes médicos

Tras cada visita médica, el asegurado debe:

- Solicitar el **informe médico** de la asistencia.
- Enviarlo a la **compañía aseguradora**.



# Pruebas diagnósticas y autorizaciones

Requieren autorización previa de Asisa\*:

- **Hospitalización**
- **Intervenciones quirúrgicas**
- **Consultas de especialidades** (excepto traumatología)
- **Pruebas especiales:** TAC, RMN, etc.
- **Rehabilitación y/o fisioterapia**

Documentación necesaria para solicitar autorización:

- **Parte de lesiones** firmado por el lesionado y la federación
- **Informe médico** (urgencias y/o evolutivo)
- **Volante de prescripción médica**



Enviar todo por e-mail a:  
[deportivas.tcn@asisa.es](mailto:deportivas.tcn@asisa.es)

Tras la prueba diagnóstica:

- Solicitar el **informe radiológico**
- Enviarlo a la **compañía aseguradora**



## ¡Recuerde!

Condiciones importantes de la póliza ASISA

### Plazo de autorizaciones

Las **autorizaciones médicas** se emiten en un plazo de **48 a 72 horas**.

### Cobertura farmacéutica

La póliza **NO cubre medicamentos ni productos de farmacia**.

### Centros no concertados

ASISA **NO cubre asistencias** en:

- **Centros no concertados**
- **Seguridad Social**

- Si se generan **costes en estos centros**, ASISA **podría repercutirlos al federado**.

**Excepción:** solo en casos de **urgencia vital**.



# Material Ortésico u Ortopédico

## Cobertura

Reembolso del **70%** del coste del material **prescrito**.

## Documentación necesaria para solicitar el reembolso

El asegurado debe presentar:

- Parte de lesiones** cumplimentado.
- Informe médico** con la prescripción del material.
- Facturas** originales.
- Certificado de titularidad bancaria**.
- DNI** del titular de la cuenta (ambas caras, en vigor).



El material debe ser prescrito por un **especialista en Traumatología o Rehabilitación** del Cuadro Médico de **ASISA**.

## Exclusiones

No se cubre material prescrito para:

- Prevención de accidentes**: rodilleras, coderas, fajas, etc.
- Corrección de deformidades anatómicas**: plantillas, alzas, etc.

# Asistencia Odontológica

## Cobertura

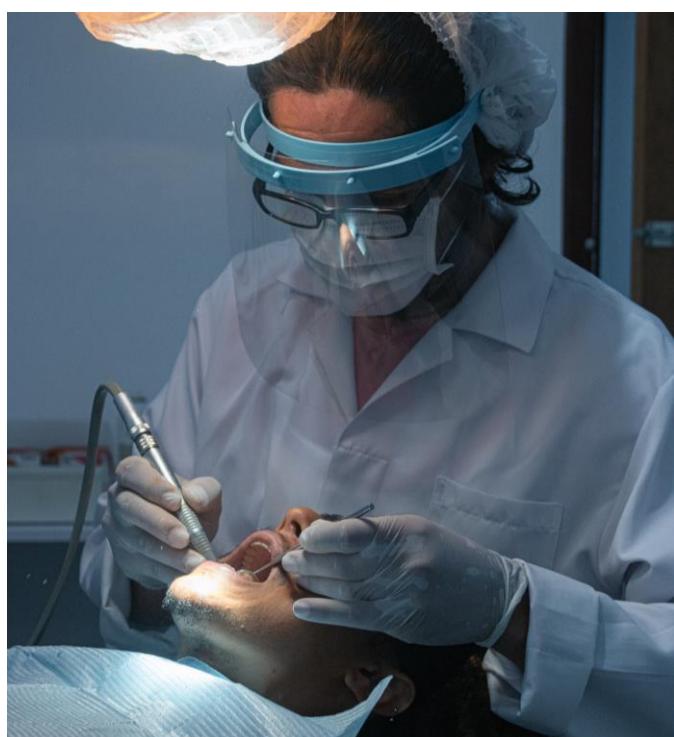
Se gestiona por **reembolso**.

- Importe máximo: **240,40 €**.

## Documentación necesaria para solicitar el reembolso

El asegurado debe presentar:

- Parte de lesiones** cumplimentado.
- Informe del facultativo dental**.
- Facturas** originales.
- Certificado de titularidad bancaria**.
- DNI** del titular de la cuenta (ambas caras, en vigor).



# Traslados y evacuación

## Cobertura incluida

**Traslado del accidentado** desde el lugar del accidente hasta su **ingreso definitivo** en un **hospital concertado**, dentro del **territorio nacional**.

## Exclusiones

No se cubre el traslado en ambulancia para:

- **Tratamientos o consultas médicas**
- **Traslado tras el alta hospitalaria**

## Durante la práctica deportiva

- ASISA ofrece **ambulancia concertada** para traslados desde el lugar del accidente (en **competiciones o entrenamientos**) al centro hospitalario concertado.
- Solo se activa si hay **imposibilidad física** para usar transporte ordinario (público, taxi, vehículo particular).



## Recordatorio final

### Contactos para incidencias

#### Contacto urgente con Asisa

Teléfono disponible 24 horas: **91 991 24 40**

#### Incidencias en la gestión sanitaria

Contactar con **Howden – Accidentes Deportivos** a través del correo:

[accidentes.deportivos@howdengroup.com](mailto:accidentes.deportivos@howdengroup.com)



# Ejemplo Parte de Lesiones



Deben cumplimentarse todos los campos y estar firmado tanto por el federado como por la federación



## PARTE DE LESIONES

Federación de Ciclismo de la Comunidad Valenciana asegurada con ASISA con el número de póliza 75029 para la cobertura del seguro deportivo, con efecto de las 00:00 horas del 1 de enero de 2025 hasta las 24:00 horas del 31 de diciembre de 2025.

Datos del lesionado

Nombre y apellidos:

DNI y fecha de nacimiento:

Domicilio, localidad y provincia:

Datos del accidente

Fecha y hora:

Lugar y población:

Actividad deportiva:

Descripción del accidente lo más detallada posible (zona/s afectada/s, mecanismo de lesión, etc.):

Centro sanitario donde recibe la primera asistencia:



Firma del representante y sello del tomador

Firma del lesionado

Nombre y apellidos:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

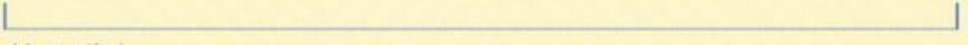
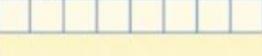
El firmante del presente documento se compromete a recabar el consentimiento expreso del deportista que haya sufrido las lesiones reflejadas en el presente parte, con el objeto de que sus datos se incorporen a un registro informatizado titularidad de la Federación de Ciclismo de la Comunidad Valenciana e informarle que le asisten los derechos contenidos en el art. 5 de la LOPD, pudiendo ejercitálos en cualquier momento remitiéndose al titular del fichero.

La presentación de este parte de lesiones es imprescindible para la correcta tramitación del expediente de accidente deportivo. La no presentación del mismo en dos días laborables podría suponer la no aceptación del mismo como tal y por lo tanto la no cobertura sanitaria por el concierto firmado entre la Federación de Ciclismo de la Comunidad Valenciana y ASISA.

# Ejemplo Volante de Prescripción



Debe estar cumplimentado y firmado por el médico

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>asisat</b> Médico:<br>Especialidad:<br>Colectivo      Número de Póliza      Benef.      DNI / NIF  |  | A cumplimentar por el asegurado<br>N.º DE AUTORIZACIÓN ASISA<br>               |
| <br>Nombre y apellidos del paciente<br> |  | A cumplimentar por el médico<br>CÓDIGO ACTO<br>                               |
| A la atención de:<br>Impresión Diagnóstica. Codifique los actos por el nomenclátor OMC (a cumplimentar por el médico):<br><br>Para la práctica de:<br><br>FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL                     |  |  |
|   |  | FECHA DE LA PRESCRIPCIÓN<br>N.º Identificador de Volante<br> dia   mes   año |

Volante de solicitud de servicios

# Ejemplo Talón de Asistencia

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>asisat</b> Asistencia Telefónica: 91 991 24 40<br><b>75029 25 - 3,00 €</b>   |   | N.º de Asistencia .....<br>Médico Ordenante ..... |
| FEDERACIÓN DE CICLISMO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA<br>Válido desde 01-01-25 hasta 31-12-25      SOLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS                                  |   |   |
| <b>A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO</b>  |   | <b>A CUMPLIMENTAR POR EL MEDICO</b>               |
| Número de licencia<br>   | Dr./Dra. ....<br>Especialidad .....<br>N.º Colegiado .....<br>Acto profesional realizado<br>(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo) |   |
| Fecha de Licencia ..... / ..... / .....<br>D./Dña. ....<br>Nombre .....<br>Apellidos .....<br>FECHA: a día ..... de ..... de .....<br>D.N.I. ....<br>Firma .....<br>Tel. paciente ..... | <br>Reservado para codificación                        |   |
| <small>NO SE PREGUNTAR TALONES QUE IMPRIMAN ALGUNO DE ESTOS DATOS SEAN FERIALES</small>   |   |   |

# Ejemplo Informe de Urgencias

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>HOSPITALES PARQUE</b>            |   |
| <b>INFORME DE ALTA DE URGENCIAS</b> |   |
| Fecha Admisió:                      | Paciente: [REDACTED]                        |
| Motivo de Consulta:                 | Sexo: [REDACTED] Fecha Nac: [REDACTED]      |
| Antecedentes:                       | Tipo: [REDACTED] N° de Historia: [REDACTED] |
| Alergias:                           | Entidad: [REDACTED]                         |
| Historia Actual:                    | Dni: [REDACTED]                             |
| Exploración Física:                 |   |
| Pruebas Complementarias:            |   |
| Evolución:                          |   |
| Juicio Diagnóstico:                 |   |
| Tratamiento y Plan:                 |   |
| FIRMA:                              |   |
| Dr./Dra.:                           | [REDACTED]                                  |
| Nº Colegiado:                       | [REDACTED]                                  |
| Fecha:                              | [REDACTED]                                  |

---

Hospital Parque Tenerife  
C/ Méndez Núñez 40  
Santa Cruz de Tenerife, 38002  
Tf. 922274400

# Ejemplo Informe Radiológico

# Ejemplo Informe Traumatológico

|  |  |
|--|--|
| <b>Hospital Quirónsalud</b><br>Campo de Gibraltar<br><b>HOSPITAL QUIRÓNSALUD CAMPO DE GIBRALTAR</b><br>Avda. de los empresarios s/n 11379<br>Tfno: 956798300<br><a href="http://www.quironsalud.com/">http://www.quironsalud.com/</a><br><b>INFORME DE CONSULTAS EXTERNAS</b>  | N° Historia Clínica: 12345678<br>F. Nac: 1990-01-01<br>Domicilio: Calle de la Constitución, 123<br>Fecha de Consulta: 2023-09-01<br>Sociedad: null<br>CIP: null<br>N° Póliza: 1234567890123456 |
| <b>Médico Responsable:</b> Dr. Juan Pérez<br><b>Servicio/Unidad:</b> COT general   |  |
| <b>ANTECEDENTES</b><br>-<br>-<br>-<br>-<br><b>ANTECEDENTES MÉDICOS</b><br>-<br><b>MOTIVO DE CONSULTA</b><br>-<br><b>CONSULTA ACTUAL</b><br><b>EVOLUCIÓN</b><br>-<br><b>DIAGNÓSTICO</b><br>-<br><b>TRATAMIENTO, PLAN DE ACTUACIÓN Y RECOMENDACIONES</b><br><b>ALTA</b><br>-   |  |
| <p><i>Le recordamos que usted tiene el derecho de ejercer su libre elección en cuanto a la realización de las pruebas diagnósticas y/o procedimientos. En caso de que decida acudir a otro centro, y requiera voluntaria de prescripción de su aseguradora, le informamos que puede solicitarlos a través de los siguientes vías:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si lo prefiere, puede dirigirse personalmente a nuestra aduana de un centro Quirónsalud.</li> <li>• Puede comunicarse por e-mail a la cuenta <a href="mailto:expresas@quironsalud.es">expresas@quironsalud.es</a> para que le sea remitido por este canal.</li> <li>• Teléfono 900.200.001</li> </ul> <p><i>El PORTAL DEL PACIENTE es un espacio personal desde el que se podrá acceder a la información Clínica y a los diferentes Servicios del Hospital de manera on-line, sin necesidad de desplazamientos. En este espacio personal el paciente podrá consultar sus citas pendientes o modificarlas, consultar los resultados de pruebas diagnósticas o acceder a sus informes <a href="https://www.quironsalud.com/ciudadano/paciente">https://www.quironsalud.com/ciudadano/paciente</a></i></p> <p><i>Le recordamos que sus datos personales son tratados de conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos. Puede consultar la información relativa al tratamiento de sus datos personales en el siguiente enlace: <a href="https://www.quironsalud.com/ciudadano/privacy-notice">https://www.quironsalud.com/ciudadano/privacy-notice</a></i></p> |  |



HOWDEN IBERIA, S.A.U. correduría de seguros y reaseguros (HOWDEN), tiene su domicilio social en Madrid, Paseo de Recoletos, N.º37, planta 4<sup>a</sup>, 28004, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 14658, Folio 158, Inscripción 1a, Hoja M-243014 provista de N.I.F. A-82473349 e Inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones con nº J-2393 y de mediador de reaseguros nº RJ-0003.

HOWDEN realiza la actividad de mediación en seguros con sujeción a los principios de honestidad, equidad y profesionalidad, en beneficio y representación de los intereses de sus clientes frente a las compañías aseguradoras. En caso de queja o reclamación respecto de la actuación de HOWDEN, Vd. podrá dirigirse al titular del servicio de atención al cliente remitiendo una comunicación a Calle la Paz nº2 Bajo, 36202 Vigo (Pontevedra) o a través del teléfono 986485228.

El presente documento no puede ser reproducido, publicado o divulgado sin la autorización expresa de HOWDEN. Exclusivamente el receptor del presente documento puede hacer uso del mismo para su uso interno. La información contenida en el presente documento debe ser entendida únicamente a efectos de Gerencia de Riesgos y Seguros.

Howden Iberia no garantiza, de manera explícita o implícita, la exactitud de la información contenida en el presente documento. La información no está destinada a ser tomada como un consejo con respecto a cualquier situación individual y no se puede considerar como tal.