

FORMA DE ACTUACION EN CASO DE SINIESTRO

ACTUACION DEL FEDERADO

La asistencia medica garantizada en la póliza, será prestada por el Cuadro Medico concertado por la Compañía Aseguradora.

Para acceder a ella es imprescindible presentar en el centro medico:

- 1.- Licencia Federativa
- 2.- Parte de Lesiones (recogido en la Federación o Club y debidamente sellado y firmado)

El plazo máximo para la comunicación del accidente es de una semana desde la fecha de ocurrencia del mismo. La Compañía Aseguradora no se hará cargo de siniestros comunicados en un plazo superior

Para casos de URGENCIA CLINICA GRAVE, el lesionado podrá recibir asistencia sanitaria en el Centro sanitario más próximo. La Compañía Aseguradora se hará cargo de las facturas derivadas de la primera asistencia de Urgencia. Una vez superada esta primera asistencia de Urgencia (máximo 24 horas), el lesionado deberá ser trasladado a un Centro concertado para la continuación de su tratamiento. En caso contrario, es decir, en caso de permanencia en un Centro no concertado mas allá de la primera asistencia de Urgencia, el Asegurador no se hará cargo de las facturas derivadas de estos servicios.

AUTORIZACIONES PARA LA GARANTIA DE ASISTENCIA SANITARIA

Será preceptiva la autorización de la Compañía en el supuesto de que el deportista precisara:

- Estudios complementarios como: Resonancia Magnética, TAC, Ecografía, Artrografías, etc.
- Artroscopias
- Intervenciones Quirúrgicas
- Rehabilitación

En estos casos el Médico tratante o el propio federado, solicitara a la Compañía dicha autorización, mediante informe medico detallado, que incluya diagnostico, mecanismo de producción de la lesión, tratamiento o prueba solicitada, y motivo de la solicitud. No se realizara ningún acto diagnostico o terapéutico sin la misma.

Las respuestas a las solicitudes de Autorización se enviaran al Medico solicitante. Tras obtener la oportuna autorización se remitirá informe del resultado de la Prueba o tratamiento, e informes sucesivos del estado y/o evolución del paciente, con una periodicidad de al menos 20 días, de acuerdo en cualquier caso con las directrices que indique la Compañía.

Cualquier prueba o tratamiento realizado sin la autorización previa de la comanda correrá a cargo del asegurado.

CUADRO MÉDICO

Comunidad Valenciana

VALENCIA

SERVICIO DE URGENCIAS

CLINICA QUIRON

Avda Blasco Ibáñez 14
Tel: 96/ 369.06.00
FAX:96/393.17.06
46010 VALENCIA

CENTROS CONCERTADOS

CLINICA QUIRON

INSTITUTO DE MEDICINA DEL DEPORTE

Pº. De la Petxina, 42
Tel.: 96.361.30.62
Fax: 96.369.54.58
VALENCIA

ITO. VALENCIANO DE REC. DEPORTIVA

Pla. Bandas de Música, 5 – semisotano 5
Tfno. 96.381.02.67
46013 VALENCIA

CLINICA JAIME I

C/ Literato G. Miró, 29
Tel. 963.85.67.76
Fax 963.84.06.87
46008 VALENCIA

TRAUMATOLOGIA

TRAUMA-SPORT (DR. LOPEZ PERIS)

Avda. Blasco Ibañez 14.
Tel: 96/ 104.16.08
Fax: 96/ 104.16.17
46010 VALENCIA

CLINICA QUIRON

Avda Blasco Ibáñez 14
Tel: 96/ 369.06.00

RADIOLOGÍA Y ECOGRAFÍA

CETREMED

C/ Vicente Sancho Tello 6
Tel: 96/ 362.70.00
Fax: 96.393.05.28

CLINICA QUIRÓN

REHABILITACIÓN

CLINICA QUIRON (DR. RUBIO)

C/ Avda Blasco Ibáñez 14

Tel: 96/ 369.06.00

CETREMED

C/ Vicente Sancho Tello 6

Tel: 96/ 362.70.00

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA Y T.A.C

ERESA

Avda. del Campanar, 114 – Bajo

Tel: 96/340.40.77

Fax: 96/340.06.40

46015 VALENCIA

CLINICA QUIRON

CARCAIXENT

HOSP. NISA AGUAS VIVAS

Urb. Aguas Vivas

Ctra. Alzira-Tavernes, CV-50, Km. 11

Tel: 962.588.800

Fax: 962.975.016

CULLERA

CLÍNICA DEL VALLS (DR.GUARINOS)

Tel: 96/ 173.04.17

CHELLA

MEDICEN

Avda de la Constitución S/N

Tel: 96/ 222.04.07

GANDIA

DR. FRANCVILLE DEUSA

POLICLÍNICA FERSALUD

Ciudad de Barcelona 29

Tel/Fax: 96/ 287.26.49

CLINICA TRAUMATOLÓGICA DR. CATALÁ

C/ Plaza Ejercito Español 12

Tel/Fax: 96/ 287.74.18

MASSANASA

CENTRO MÉDICO VICENTE BOU

C/ Concepción Arenal 6

Tel: 96/ 125.19.95
Fax: 96.125.28.52

TORRENT

CENTRO MÉDICO PERMANENTE

Plaza Moralera 18. bajo
Tel/Fax: 96/ 157.24.24

CLINICA MONTECARLO (DR. SIMARCO)

Tel/Fax: 96/ 155.07.28

CLINICA PLAZA

Avda. Pais Valencia, 24 – 6º
Tel.: 96.157.38.39
46900 TORRENT

REHABILITACIÓN

CLINICA MONTECARLO

XATIVA

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

ERESA

C/ Padre Claret 16
Tel: 96/228.40.03
Fax: 96/228.37.22

MISLATA

SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA

C/ Mayor, 10
Tel. 96.359.74.22
Fax. 96.379.67.66
MISLATA

ONTENIENTE

FISIOMED, C.M. ASISTENCIAL S.L.

Pla. Musico Vicente Rodríguez, 2- bajo
Tel. 96.291.05.51
Fax. 96.291.04.99
46780 ONTENIENTE

ALBAIDA

FISIOMED, C.M. ASISTENCIAL S.L.

Avda. de la Fira, 13
Tel.: 96.290.12.83
Fax: 96.239.11.60
46860 ALBAIDA

AIELO DE MALFERIT

FISIOMED, C.M. ASISTENCIAL S.L.

Avda. Santisim Crist, 4
Tel.: 96.236.30.09
Fax: 96.236.30.00
46812 AIELO DE MALFERIT

PUZOL

TRAUMA Y REHABILITACION

CLINICA JAIME I

C/ El Cid, 37
Tel 961.46.46.93
Fax 961.46.57.50
46530 PUZOL

REHABILITACION

C.F. FISIOSAN

C/ Marqueret, 4
Tel. 96.146.57.57
46530 PUZOL

PUERTO SAGUNTO

CLINICA JAIME I

C/ Talleres, 17 (pol. Inguinsa)
Tel. 962.69.81.34
Fax 962.69.81.38
46520 SAGUNTO

CATARROJA

CLINICA JAIME I

Avda. Ramoón y Cajal, 26
Tel. 961.26.27.31
Fax 961.26.24.11
46470 CATARROJA

CASTELLÓN

HOSPITAL PROVINCIAL DE CASTELLON

Avda Dr. Clara, 19
Tel: 964/ 35.97.00
Fax: 964.35.97.63
12002 CASTELLON

RADIOLOGIA , T.A.C, Y RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

ERESA

Polígono Estadio, 13
Tel. 964.34.06.40
Fax 964.25.28.08
12004 CASTELLON

ERESA

Avda. Virgen del Lledó, 57
Tel. 964.23.58.99 – 964.23.59.03
Fax 964.23.58.74
12003 CASTELLON

VILLAREAL

CLINICA MEDIFIS

C/ Pere Gil 7
Tel: 964/52.34.94
Fax: 964/ 53.49.87

LA VALL D'UXÓ

CLINICA JAIME I

Avda. Jaime i, 37 Bajo
Tel. 964.69.01.02
Fax 964.69.04.90

12600 LA VALL D'UXÓ

ALICANTE

SERVICIO DE URGENCIAS

SANATORIO NTRA SRA DEL PERPETUO SOCORRO

Plaza Gomez Ulla 15

Tel: 96/ 520.11.00

Fax: 965.14.48.90

IMTEMEDIC

C/ Rio Seco 1

Tel: 96/ 515.17.00

Fax. 96/515.75.88

03013 ALICANTE

C.M. ESTACION

Avda. Estación, 8 – 1º A

Tel. 965.12.55.01

Fax 965.13.01.72

03005 ALICANTE

CENTROS CONCERTADOS

IMTEMEDIC

C/ Rio Seco 1

Tel: 96/ 515.17.00

Fax. 96/515.75.88

03013 ALICANTE

REHABILITACIÓN

CENTRO DE FISIOTERAPIA Y RECUPERACIÓN FRANCISCO LLEDO

C/ Pascual Pérez 35

Tel: 96/ 520.30.88

Fax: 965.14.01.88

C.M. ESTACION

Avda. de la Estación, 8 – 1º C

Tel. 965.92.81.23

Fax 965.92.81.23

03005 ALICANTE

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

SANATORIO NTRA SRA DEL PERPETUO SOCORRO

Plaza Gomez Ulla 15

ALCOY

DR. RUBIO FUENTES

Pasaje Rigoberto Albors 5

Tel: 965/54.51.89

BENIDORM

CLINICA BENIDORM

Avda Alfonso Puchades 8

Tel: 96/ 585.38.50

Fax: 965.86.43.45

REHABILITACIÓN

C.M. ESTACION

Avda. Europa, Edif. Mariscal, Locales 31-32

Tel. 965.85.51.04

Fax 965.85.51.04

03500 BENIDORM

SAN VICENTE

VICENTE TOLEDO SL

Fisioterapia y recuperación funcional

C/ Cervantes, 24. 1º dcha.

Tel. 965 673 691

Fax. 966 301 883

03690 San Vicente (Alicante)

CENTRO ASISTENCIAL 1 DE MAYO

Avda. 1º de Mayo, 22-24 (traumatología)

Tel. 96/567.63.45

Fax. 96/567.63.46

03690 San Vicente

ELDA

REHABILITACIÓN

C.M. ESTACIÓN

C/ Castellón, 20

Tel. 965.38.49.51

Fax 965.38.49.51

03600 ELDA

DENIA

CLINICA SAN CARLOS

C/ Madrigueros Sur- A 14

Tel: 96/ 578.15.50/54/58

Fax. 96.578.91.72

DENIA

CENTRO MEDICO DENIA

C/ Beniarmut 1 Bajo

Tel. 96.578.79.91/642.01.62

Fax. 96.642.15.09

NOVELDA

C. VIRGEN DEL REMEDIO
C/ Virgen de los Remedios 36
03660 NOVELDA
Tel/Fax: 96/ 560.56.27

ORIHUELA

CENTRO MÉDICO VEGA BAJA
C/ Obispo Rocamora 12
Tel: 96/ 674.39.57
Fax: 96.674.39.46

DR. ANGEL GARCIA PENALVA
Tel: 96/ 530.02.40

REHABILITACIÓN

C.M. ESTACION
San Pascual, 5 entlo. C
Tel. 965.73.71.76
Fax 965.73.71.76
03300 ORIHUELA

ELCHE

CLINICA CIUDAD JARDÍN
C/ Palmerers, 2
Tel.: 965.45.27.86
Fax: 965.45.24.17
03201 ELCHE

CLINICA JAIME I
C/ Marie Curie, 24 – Parque Ind. Elche
Tel. 966.65.10.14-15
Fax 966.65.10.13
03203 ELCHE

REHABILITACIÓN

FISIOTERAPIA BAEZA
D. Vicente Baeza Navarro
C/ Escultor Capuz, 15
Tel.: 96.545.57.25
Fax: 96. 661.08.42

C.M. ESTACION
Maestro Serrano, 21 bajo
Tel. 965.44.63.76
Fax 965.44.63.76
03201 ELCHE

CALLOSA DE SEGURA

**CLINICA DE FISIOTERAPIA
M. FUENSANTA RIVES ILLAN**
Pla. San Adrian, 6
Tel/ fax .: 966.75.67.75
CALLOSA DE SEGURA

CREVILLENTE

REHABILITACIÓN

C.M. ESTACION
Compositor Ruiz Gasch, 5 bajo
Tel. 965.40.62.90
Fax 965.40.6290
03330 CREVILLENTE

VILLENA

CLINICA JAIME I
C/ San Sebastián, 19
Tel. 965.81.76.53
Fax 965.80.06.96
03400 VILLENA

HELMANTICA DE GESTION

C/ SAGASTA, 5 – 1º EXT. IZDA.
28004 MADRID
TFNO. 91.536.03.13
FAX. 91.554.62.41

CERTIFICADO DE ACCIDENTE DEPORTIVO N°: COMPAÑÍA ASEGURADORA: GROUPAMA SEGUROS

DATOS DEL ACCIDENTADO:

TOMADOR:	FEDERACION DE SQUASH DE COMUNIDAD VALENCIANA
APELLIDOS Y NOMBRE:	
DOMICILIO:	
POBLACIÓN:	
PROVINCIA:	
TELÉFONO CONTACTO:	
CLUB DEPORTIVO :	

DATOS DE ACCIDENTE:

LUGAR DE OCURRENCIA	
MECANISMO DE PRODUCCIÓN Detalle claramente cómo se produjo el mismo	
FECHA DE ACCIDENTE	
¿CAUSA BAJA DEPORTIVA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA BAJA DEPORTIVA:
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES	
FECHA DE LA PRIMERA ASISTENCIA SANITARIA	
MÉDICO O CENTRO QUE EFECTUA LA PRIMERA CURA	
CENTRO DONDE SE REALIZARÁ TRATAMIENTO DEFINITIVO:	

INFORME MÉDICO

DIAGNOSTICO PROVISIONAL	
TRATAMIENTO INSTAURADO	
¿PUEDE EL LESIONADO CONTINUAR SU PRÁCTICA DEPORTIVA?	
TIEMPO PROBABLE DE CURACIÓN:	

Fecha:

Firma del Deportista

Firma y Sello de la Federación o Club

NOTA: En caso de necesitar asistencia médica es OBLIGATORIO la presentación de este CERTIFICADO perfectamente cumplimentado. Dicho certificado deberá de ser enviado obligatoriamente junto con la correspondiente factura para poder proceder a su abono a la Compañía.

El lesionado 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.

ESTA HOJA DEBERÁ DE SER CUMPLIMENTADA PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN A LA COMPAÑÍA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- 1) INTERVENCIONES QUIRURGICAS.
- 2) REALIZACIÓN DE PRUEBAS ESPECIALES(RESONANCIAS MAGNÉTICAS, TAC) .
- 3) CUANDO SEA NECESARIO TRATAMIENTO DE REHABILITACION.

Y ENVIADO AL FAX ; (91) 554.62.41 PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN, JUNTO CON EL CERTIFICADO DE ACCIDENTE.

INFORME MÉDICO

DIAGNOSTICO:

TRATAMIENTO ACTUAL: VENDAJE FERULA YESO SUTURA
OTROS:

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: RX R.N.N T.A.C ECO
OTRAS:

TRATAMIENTOS POSTERIORES: RHB N. SESIONES ESTIMADAS:
INTERVENCION NINGUNO
OTROS Especifique cuales:.....

¿ CAUSA BAJA DEPORTIVA? SI NO . DIAS DE BAJA ESTIMADA:

¿ CONCORRE ALGUNA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTERIOR QUE TENGA QUE VER CON LA LESIÓN ACTUAL? SI NO ESPECIFIQUE CUAL:

PRESUPUESTO INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

INTERVENCIÓN A PRACTICAR:

CENTRO SANITARIO : NOMBRE CENTRO:
NOMBRE CIRUJANO:
TELÉFONO:
FAX:

HONORARIOS MÉDICOS:	
HONORARIOS AYUDANTES:	
HONORARIOS ANESTESISTA:	
GASTOS CLÍNICA:	
* Pruebas Pre-operatorias	
* Estancia en habitación	
* Derechos Quirófano	
* Medicación y Material desechable	
OTROS GASTOS (Especifique cuales)	
TOTAL:	