



COLECTIVO: 900221

**CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ESPECIALES PARA EL  
CONCIERTO ENTRE ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE  
SEGUROS S.A.U. Y LA FEDERACIÓN MADRILEÑA DE JUDO Y D.A. PARA  
CUBRIR LOS ACCIDENTES QUE PUEDAN SUFRIR LOS DEPORTISTAS  
FEDERADOS**

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "J. Luca de Tena", is written over the bottom right portion of the page, overlapping the contact information.

ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 4281, Folio 111, Hoja M-71.063 - C.I.F.: A.08167274 - Domicilio Social: Juan Ignacio Luca de Tena, 12 - 28027 Madrid

AI61610

En Madrid, a 19 de septiembre de 2016.

## REUNIDOS


**De una parte:** D. José Luis Valcárcel Robles, mayor de edad, con D.N.I. nº 05.235.593-E, Representante Legal de la FEDERACIÓN MADRILEÑA DE JUDO Y D.A., con domicilio en Villaviciosa de Odón - 28670, Calle León nº 59 y C.I.F. G-79126306.

**De otra parte:** D. Jaime Ortiz Olmeda mayor de edad, con D.N.I. nº 4.568.055-W, en representación de "ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U.", con domicilio social en Madrid, Calle Juan Ignacio Luca de Tena nº. 12, y C.I.F. A-08169294.

Ambas partes, según intervienen, se consideran recíprocamente con capacidad suficiente para formalizar el presente contrato.

Conciertan la suscripción de un seguro de accidentes de ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. (en adelante, ASISA), cuyos beneficiarios serán los asegurados designados por la FEDERACIÓN MADRILEÑA DE JUDO Y D.A (en adelante, el TOMADOR), según relación contenida en el **Anexo I** del presente contrato, que participen en competiciones oficiales de ámbito estatal, autonómico o local, con el alcance previsto en el presente documento.

Este contrato se lleva a cabo bajo las condiciones que a continuación se expresan:



## CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ESPECIALES

**CLÁUSULA PRELIMINAR.-** El presente contrato de seguro se rige por lo que se dispone en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; en la Ley 20/2015, de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras; en el R.D. 1060/2015 de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y por lo previsto en el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, por el que se determinan las prestaciones mínimas del Seguro Obligatorio Deportivo, así como por lo que se conviene en las condiciones generales, particulares y especiales de este contrato, así como sus Anexos, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean especialmente aceptadas por éstos. No requerirán la mencionada aceptación las simples transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

### DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

**Accidente:** Lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

**Asegurado:** Cada una de las personas designadas en las condiciones particulares sobre las cuales se establece el seguro y que, en defecto del Tomador, asumen las obligaciones derivadas del contrato.



**Asegurador:** ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros S.A.U., entidad emisora de esta póliza que, en su condición de asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, dentro de los límites pactados.

**Beneficiario:** Cada una de las personas designadas por el tomador del seguro, o en su caso el asegurado, para el cobro de las indemnizaciones que correspondan derivadas de esta póliza.

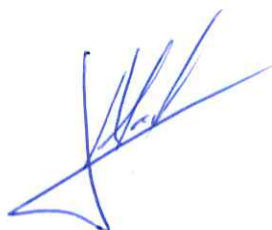
**Capital Asegurado:** Cantidad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, que representa el límite máximo de la indemnización para cada una de las garantías.

**Participación del Asegurado en el Coste de los Servicios (Copago):** importe que el Tomador debe abonar al Asegurado para colaborar en la cobertura económica de cada servicio sanitario utilizado por el Asegurado. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas, y su cuantía puede ser actualizada anualmente.

**Póliza:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales, y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla, durante la vigencia del seguro.

**Prima:** El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean de aplicación legal.

**Siniestro:** Hecho cuyas consecuencias económicamente dañosas estén cubiertas por la póliza. El conjunto de los daños derivados de un mismo evento constituye un solo siniestro.



**Tomador del seguro:** La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe esta póliza, y a la que corresponden los derechos y obligaciones que de la misma se deriven, salvo aquéllos que por su naturaleza corresponden expresamente al asegurado o beneficiario.

### **PRIMERA.- OBJETO Y LÍMITE DEL SEGURO.**

El contrato tiene por objeto garantizar la cobertura de las garantías que se detallarán más adelante, con el alcance que igualmente se especifique, como consecuencia de los accidentes deportivos que pudieran sobrevenir a los deportistas no profesionales inscritos en la Federación (en adelante, Asegurados), que tengan lugar durante su participación en las competiciones y entrenamientos organizados por la misma. Igualmente son de cobertura los accidentes ocurridos durante los desplazamientos desde el domicilio de los Asegurados al lugar de entrenamiento o de celebración de la competición deportiva.

A los efectos de lo previsto en el párrafo anterior, sólo serán objeto de cobertura las lesiones corporales causadas por accidentes deportivos sufrido por los asegurados indicados, independientemente de su voluntad, debida a una causa externa, fortuita, momentánea, súbita y violenta, ajena a la intencionalidad del asegurado, durante la práctica deportiva detallada más arriba.

### **SEGUNDA.- DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS.**

Las coberturas objeto del presente contrato son las detalladas a continuación:

#### **1.- COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA:**

La presente cobertura se prestará al accidentado, hasta un máximo de 18 meses desde la fecha de ocurrencia del accidente, por todos los conceptos incluidos en la misma, únicamente a través del Cuadro Médico/Catálogo de Proveedores Sanitarios .



El asegurado, en ningún caso, deberá acudir simultáneamente o sucesivamente a dos facultativos o centros en la misma especialidad, por un mismo motivo o dolencia originados por un accidente deportivo, sin la autorización previa.

El asegurado no deberá abonar cantidad alguna al ser atendido por los facultativos o servicios propios o concertados por ASISA.

**1.1.- Asistencia médico-quirúrgica y sanatorial en accidentes ocurridos en el territorio nacional, sin límites de gastos.**

**Sólo serán de cobertura los gastos derivados de la asistencia necesaria para la curación del accidentado, según el facultativo que le atienda.**

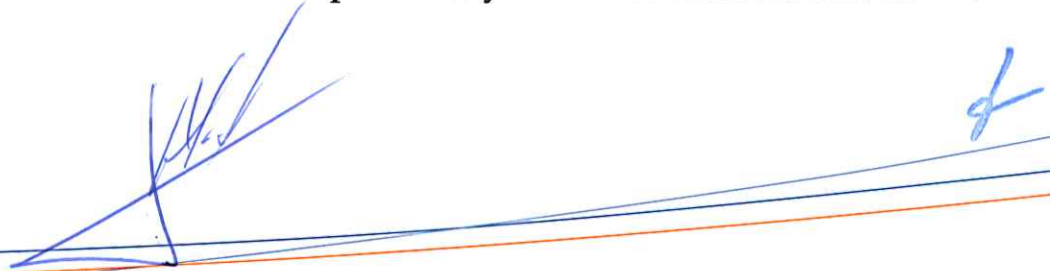
Cualquier prescripción de asistencia deberá figurar en un volante de solicitud de servicios de la Entidad y será formulada y realizada por un facultativo/centro del Cuadro Médico/Catálogo de Proveedores de ASISA, siendo necesaria su autorización previa por la Entidad en los supuestos previstos en el **Anexo III** del presente contrato.

La permanencia en régimen de hospitalización no tiene límite de estancia y dependerá de si, según criterio del médico del Cuadro Médico, subsiste o no la necesidad técnica de dicha permanencia. En ningún supuesto se aceptarán como motivo de permanencia los problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.).

En los casos de ingreso por motivo urgente, la autorización de ingreso podrá ser solicitada a ASISA **dentro de un plazo máximo de 7 días a partir de la fecha del ingreso**. Fuera de este plazo, ASISA declina toda responsabilidad asistencial sobre el ingreso del deportista accidentado.

**1.2.- Asistencia farmacéutica en régimen hospitalario, sin límite de gastos.**

**Quedan excluidos los medicamentos prescritos y utilizados fuera del ámbito hospitalario.**



1.3.- Asistencia en régimen hospitalario, de los gastos de prótesis y material de osteosíntesis, en su totalidad.

1.4.- Los gastos originados por rehabilitación.

Los tratamientos de recuperación funcional o rehabilitación deberán ser prescritos y realizados siempre por un especialista en Rehabilitación perteneciente al Cuadro Médico/Catálogo de Proveedores de ASISA.


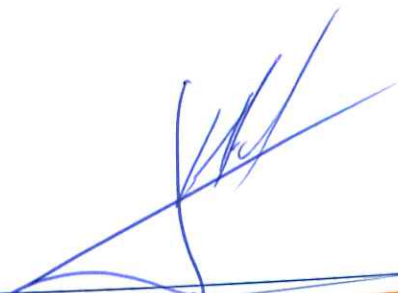
El derecho a la presente cobertura finalizará cuando se haya conseguido la recuperación funcional total o el máximo posible de ésta, por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable o cuando se convierta en terapia de mantenimiento y ocupacional, excepto en los casos de reagudización del proceso, en cuyo supuesto, la Entidad reanudará la asistencia en los mismos términos señalados al principio del presente párrafo.

1.5.- Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial en accidentes ocurridos en el extranjero, como consecuencia de competiciones oficiales organizadas por el Tomador, **hasta un límite, por todos los conceptos, de 6.010,12 euros.**

Dicha cobertura procederá siempre que los gastos de asistencia sean necesarios para la curación del paciente.

ASISA se hará cargo de la presente cobertura, **únicamente respecto de aquellos deportistas asegurados, cuya participación le haya sido comunicada por escrito por el Tomador con, al menos, 15 días de antelación a la fecha de inicio de celebración de la competición.**

Esta prestación es compatible con las indemnizaciones por pérdidas anatómicas o funcionales, motivadas por accidente deportivo, que se concedan al finalizar el tratamiento.



1.6.- Gastos originados por la adquisición de 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.**

En ningún caso estará incluido el material ortopédico prescrito para prevención de accidentes, tal como rodilleras, coderas, fajas, etc., así como el prescrito para la corrección de vicios o deformidades anatómicas (plantillas, alzas, etc.).

1.7.- Gastos originados en odonto-estomatología, por lesiones en la boca motivadas por accidente deportivo. Estos gastos serán reembolsados al asegurado hasta un máximo de 240,40 euros.

1.8.- Gastos originados por traslado o evacuación del accidentado desde el lugar del accidente hasta su ingreso definitivo en los hospitales concertados por la póliza del seguro, dentro del territorio nacional.

ASISA pondrá a disposición de los Asegurados el servicio de ambulancia concertado para trasladar al accidentado durante la práctica deportiva (competiciones o entrenamientos) desde el lugar de ocurrencia del accidente hasta su ingreso en el centro hospitalario concertado, siempre que concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que le impidan la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi o vehículo particular).

**Centros no concertados:** En el supuesto de que ASISA tuviera que abonar a cualquier centro asistencial público y/o privado, no concertado con ella, distinto de los autorizados en el presente contrato (Anexo III), el importe de la asistencia prestada a alguno de los asegurados, porque éstos hayan incumplido el contenido del presente contrato, sin tratarse de supuestos de urgencia vital, el Tomador vendrá obligado a reembolsar a ASISA la suma por ella anticipada. Dichos reembolsos deberán efectuarse dentro de los quince días hábiles siguientes a aquel en que ASISA requiera a tal fin al Tomador.





**Derecho de subrogación:** En caso de asistencia sanitaria derivada de accidente de tráfico ocurrido durante los desplazamientos de los asegurados que tienen lugar entre su domicilio y el lugar de celebración de la competición o de los entrenamientos, ASISA quedará subrogada en todos los derechos y acciones del asegurado o del tomador, frente al tercero civilmente responsable, si existiera. Para ello, el asegurado y/o el tomador de la presente póliza quedan obligados a facilitar a ASISA la documentación e información necesarias para la oportuna subrogación.

## PRESTACIONES EXCLUIDAS:

a.- ASISA no se responsabiliza de la cobertura de asistencia sanitaria prestada fuera del cuadro médico-sanatorial anexo, en los supuestos en los que expresamente se exija tal requisito, salvo en caso de urgencia vital, peligrando la vida del deportista, en cuyo caso es necesario que se efectúe la oportuna comunicación a la Delegación provincial de ASISA en el plazo de previsto de 7 días desde la fecha de ingreso.

A título puramente indicativo y no exhaustivo, en los siguientes supuestos se entenderá que existe un riesgo vital inminente o muy próximo, de no obtenerse una actuación terapéutica con carácter inmediato, por lo que, si concurren las restantes circunstancias exigibles, estará justificada la utilización de medios ajenos a la Entidad:

1. Hemorragias agudas intracraneales o intracerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, renales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre al exterior o con hemorragia interna.
2. Abortos completos o incompletos. Rotura uterina o la complicación de embarazo extrauterino. Toxicosis gravídica.
3. Shock cardiaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico o bacteriano. Comas. Reacciones alérgicas con afectación del estado general.
4. Insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardiaca.

5. Abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción. Dolor abdominal agudo.
6. Lesiones con desgarros externos o con afectación de vísceras.
7. Fracturas de cadera o de cabeza de fémur.
8. Accidentes cerebro-vasculares.
9. Intoxicaciones agudas. Sepsis agudas.
10. Anuria. Retención aguda de orina.
11. Difteria, Botulismo. Meningitis, Meningoencefalitis, Forma aguda de colitis ulcerosa. Gastroenteritis aguda con afectación del estado general.
12. Obstrucción de las vías respiratorias altas. Embolia pulmonar. Derrame pleural. Neumotórax espontáneo. Edema agudo de pulmón. Disnea. Crisis de asma bronquial.
13. Infarto de miocardio, Crisis hipertensiva de urgencia, Embolia arterial y periférica, Asistolia, Taquicardia paroxística.
14. Coma diabético, Hipoglucemia.
15. Convulsiones. Convulsiones de la infancia. Toxicosis del lactante.
16. Insuficiencia suprarrenal aguda. Fallo agudo de la circulación periférica. Alteraciones del metabolismo electrolítico.

b.- En caso de Asegurados, que encontrándose de baja médica, practiquen cualquier actividad deportiva, queda excluida de la cobertura "sine die" la asistencia médica que puedan precisar a consecuencia de dicha práctica.

c.- Queda excluida de la cobertura del presente seguro la asistencia sanitaria que pudieran precisar los asegurados a consecuencia de lesiones preexistentes a la fecha de la firma del presente contrato, la relativa a las especialidades que no guarden relación con los cubiertos por esta póliza, así como la relacionada con:



- Las hernias de cualquier clase, excepto las hernias discales producidas por un accidente deportivo de los cubiertos por esta póliza.
- La osteopatía dinámica de pubis.
- Los envenenamientos.
- Los actos delictivos.
- Las pruebas de velocidad.
- Las lesiones derivadas de intentos de suicidio.
- Las personas ciegas, sordas y que padezcan epilepsia.
- Las lesiones producidas a consecuencia de enfermedades congénitas o preexistentes a la contratación de la póliza.

## 2.- COBERTURA DE FALLECIMIENTO:

2.1.- Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca como consecuencia de accidente en la práctica deportiva, por un importe de 6.010,12 euros.

2.2.- Auxilio al fallecimiento, cuando éste se produzca en la práctica deportiva, pero sin causa directa del mismo, por un importe de 1.803,04 euros.

## 3.- COBERTURA DE PÉRDIDAS ANATÓMICAS O FUNCIONALES:

3.1.- Indemnización por pérdidas anatómicas o funcionales motivadas por accidente deportivo, con un mínimo, para los grandes inválidos (tetraplejía), de 12.020,24 euros.

3.2.- Indemnización por invalidez permanente por pérdida anatómica o funcional **por accidente deportivo** y según lo previsto en el "Anexo V - Baremo de Indemnizaciones", que se acompaña al presente contrato, hasta un máximo de 6.010,12 euros.

La prestación de indemnización por pérdidas anatómicas o funcionales causadas por accidente deportivo, se concede al deportista asegurado que, tras un accidente deportivo y después de habersele prestado los servicios médico-sanitarios correspondientes, al ser dado de alta definitiva, le quedará como consecuencia del accidente deportivo, una pérdida anatómica (mutilación, amputación) o funcional de algún miembro de una manera permanente e irreversible.



La indemnización fijada con arreglo a la pérdida sufrida causada por un accidente deportivo, no tendrá en cuenta y será independiente, del oficio o profesión del accidentado y de la actividad deportiva que practique. ASISA estará facultada a realizar cuantos reconocimientos o pruebas considere necesarias para determinar el grado de invalidez.

Si una vez abonada al deportista la indemnización correspondiente a la lesión causada por un accidente deportivo, sobreviniera la muerte como consecuencia del mismo accidente deportivo, ASISA considerará el pago realizado como un anticipo del importe de la indemnización por fallecimiento, deduciendo de ésta la cantidad abonada y pagando el resto, si existiera.

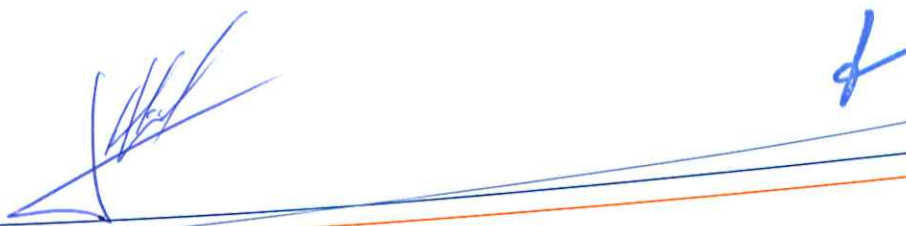
### **TERCERA.- COMUNICACIÓN Y TRAMITACIÓN DE SINIESTROS**

Para solicitar la asistencia sanitaria objeto de cobertura, así como la indemnización por fallecimiento o por pérdidas anatómicas o funcionales, los asegurados deben presentar a ASISA la documentación e información detalladas en el **Anexo IV** del presente contrato.

### **CUARTA.- PRIMA.**

La prima a abonar por el Tomador a ASISA para el seguro de accidentes deportivos objeto de contratación, es la que se detalla en las Condiciones Particulares de la póliza. En dichas Condiciones se establecen, asimismo, los pactos relativos a la participación del asegurado en el coste de los servicios (copago), forma de pago de la prima y revisión de la misma, para el supuesto de prórroga del contrato para sucesivas anualidades.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 94 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, las tarifas de primas deberán fundamentarse en bases técnicas



y en información estadística elaborada de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y en sus normas de desarrollo. Deberán ser suficientes, según hipótesis actuariales razonables, para permitir a la entidad aseguradora satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas.

El Tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la Prima, según lo previsto en las Condiciones Particulares. La primera Prima será exigible, conforme el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro a la firma del contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del TOMADOR, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación. (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el TOMADOR pague la prima. En cualquier caso, el Asegurador cuando el contrato esté en suspenso sólo podrá exigir el pago de la Prima del Período de Seguro en curso.

El Asegurador y el Asegurado sólo quedan obligados por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.



## QUINTA.- DURACIÓN DEL SEGURO

El seguro se estipula por el periodo de tiempo detallado en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, se prorrogará por periodos no superiores a un año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

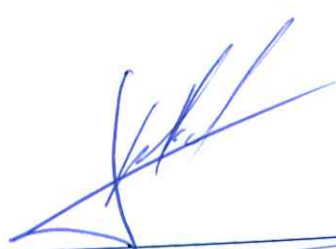
El asegurador deberá comunicar al Tomador al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

## SEXTA.- COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Entidad aseguradora, por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, se efectuarán en el domicilio social de aquella señalada en la póliza. Si se realizan al agente de seguros que medie o haya mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta (artículo 21 de la ley de Contrato de Seguro y artículo 12.1 de la Ley de Mediación de Seguros).

Las comunicaciones de la Entidad aseguradora al tomador del seguro, al asegurado o al beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubieran notificado a la Entidad aseguradora el cambio de su domicilio.

A los efectos de este seguro, se entenderá comunicado el siniestro al solicitar el asegurado la prestación del servicio.



## SÉPTIMA.- RECLAMACIONES Y PRESCRIPCIÓN

Los Tomadores del seguro, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, podrán formular reclamaciones en vía interna ante el Delegado Provincial, para lo cual tienen a su disposición, en las oficinas de la Entidad Aseguradora, un modelo de reclamación.

Sin perjuicio de cualquier otra instancia que pudiera resultar competente, las personas indicadas en el párrafo anterior podrán formular reclamación ante el SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE de la Entidad, de acuerdo con la normativa establecida en la ORDEN ECO/734/2004, para lo cual tienen a su disposición, en las oficinas de la Entidad Aseguradora, un modelo de reclamación. Lo anterior es requisito previo para la formulación de queja y reclamación, si ello diera lugar, ante el Servicio de Reclamaciones/Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (artículo 97 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

Los conflictos que puedan surgir entre Tomadores de seguro, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad Aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

A efectos del presente contrato de seguro, con independencia de las instancias anteriores, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto este designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en el término de cinco años (artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro).



## OCTAVA.- PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Asegurador informa de la existencia de un fichero automatizado en el que se incluirán los datos facilitados por el Tomador del seguro y/o Asegurado, así como los que se obtengan durante la ejecución del presente contrato de seguro, con la finalidad del desarrollo y cumplimiento del mismo.

Los datos de salud incluidos en el citado fichero, únicamente podrán cederse a otras Entidades o terceros (Centros Propios o Concertados o a los profesionales de la Lista de Facultativos), así como a entidades colaboradoras de ASISA, cuando resulte necesario para el cumplimiento de los fines para los que fueron solicitados dichos datos.

El Tomador y el Asegurado consienten de manera expresa el envío por parte de ASISA de información sobre productos o servicios propios o de terceros.

De acuerdo con la mencionada normativa, el Tomador del seguro y/o Asegurado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación dirigida al Asegurador.

## NOVENA.- PUBLICIDAD

En las actividades programadas por el Tomador y que afecten al concierto, podrán pactarse entre las partes consignar unas alusiones publicitarias a la Entidad ASISA.





Asimismo, el Tomador, previo cumplimiento de lo previsto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y tras recabar el consentimiento expreso de cada uno de los federados asegurados, proporcionará a ASISA la información individualizada relativa a los mismos, bien en formato electrónico o bien facilitando el acceso a los tablones de anuncios de la Federación para poder ofrecer a los afiliados publicidad de los productos de seguro que comercialice ASISA para este colectivo.

### **DECIMA.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

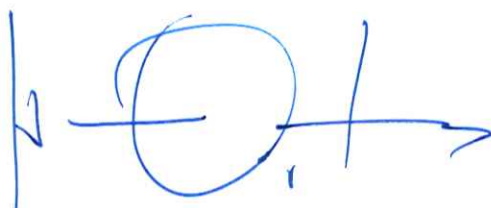
Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que la Entidad pone a disposición del asegurado y que éste solicita, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, **ASISA en ningún caso responderá de los actos y/u omisiones de los profesionales y centros antes mencionados.**



En prueba de conformidad, ambas partes firman el presente contrato en Madrid, a 19 de Septiembre de 2016.

**Por ASISA**



Fdo.: Jaime Ortiz Olmeda  
Director Comercial y Marketing

**Por el TOMADOR**



Fdo.: José Luis Valcárcel Robles  
Presidente

### **Pacto adicional: Aceptación de cláusulas limitativas**

**El TOMADOR, en nombre de los asegurados, acepta específicamente, las cláusulas limitativas de derechos, resaltadas en letra negrita en estas Condiciones Generales, por lo que deja constancia escrita de tal aceptación.**



Fdo.: José Luis Valcárcel Robles  
Presidente

**FEDERACIÓN MADRILEÑA DE JUDO Y D.A**



**CONDICIONES PARTICULARES**

**1.- Aseguradora:**

**ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U.**

**Domicilio Social: C/ Juan Ignacio Luca de Tena, 12 – 28027 MADRID.**

**2.- Tomador:**

**FEDERACION MADRILEÑA DE JUDO Y D.A**

**3.- Asegurados:**

Ostentan la condición de asegurados, con derecho a las coberturas previstas en el presente contrato **los deportistas no profesionales inscritos en la FEDERACIÓN MADRILEÑA DE JUDO Y D.A como consecuencia de su participación en competiciones oficiales de ámbito estatal, autonómico y local, así como en los entrenamientos que figuran en el Anexo I al presente contrato.**

El tomador comunicará a ASISA las altas de los asegurados en el presente seguro, según se vayan produciendo las inscripciones, siempre previas al inicio de cualquier actividad deportiva cubierta por la póliza. Las comunicaciones sobre nuevas altas que efectúe el Tomador a ASISA deben seguir el formato incluido en el Anexo I y serán incorporadas al citado Anexo a medida que se vayan produciendo.

Quedan excluidos, por tanto, de la cobertura del presente contrato los deportistas que no hayan sido comunicados por el Tomador con anterioridad al inicio de la actividad deportiva cubierta por la póliza.

**4.- Ámbito Territorial: NACIONAL**



## 5.- Duración:

Periodo de cobertura: desde las 00 horas del 1 de Octubre de 2016 a las 24:00 del 30 de Septiembre de 2020.

Duración del seguro: desde las 00 horas del 1 de Octubre de 2016 a las 24:00 del 30 de Septiembre de 2020

## 6.- Prima:

A. La prima a abonar por la FEDERACIÓN a ASISA por el Seguro de Accidentes Deportivos objeto del presente contrato es la establecida a continuación, según el siguiente detalle:

### Temporada 2016-17

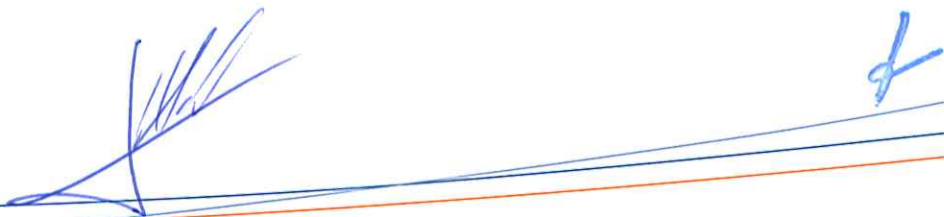
1.- Mayores 14 años : 20,8 euros deportista/año.

2.- Menores 14 años : 6,76 euros deportista/año.

Temporada 17/18 -- incremento prima 3% sujeto a que la siniestralidad (siniestros/primas) sea igual o inferior al 79% ( si supera el 79% se aplicará un incremento 4%)

Temporada 18/19--- incremento prima 2% sujeto a que la siniestralidad (siniestros/primas) sea igual o inferior al 78% ( si supera el 78% se aplicará un incremento 4%)

Temporada 19/20--- incremento prima 2% sujeto a que la siniestralidad (siniestros/primas) sea igual o inferior al 78% ( si supera el 78% se aplicará un incremento 4%)



## Participación del Asegurado en el coste de los Servicios:

Se conviene la participación del asegurado en el coste de los servicios, mediante la utilización de **talones de asistencia**. Las partes establecen que para el período de cobertura previsto en el presente contrato 1 de Octubre de 2016 al 30 de Septiembre de 2020, el precio del talón de asistencia (cheque) será de 3 €.

ASISA facilitará a la FEDERACIÓN los talonarios de cheques, que obrarán en poder de la misma y que se responsabilizará del buen uso de los mismos por parte de los asegurados, quienes entregarán un solo cheque asistencial por cada consulta, tratamiento o prestación requerida.

### B. Forma de pago:



El pago de la prima se hará de forma trimestral en las fechas señaladas en calendario de pagos.

Al final de la temporada se regularizará el número de asegurados finales con la prima correspondiente, aplicándose el recargo indicado en el apartado Prima si así fuera necesario.

C. **Revisión de Primas:** En caso de **prórroga** del presente contrato, la prima correspondiente a la anualidad siguiente, será fijada por las partes mediante acuerdo adoptado por la Comisión Negociadora creada al efecto.

## 7.- Mediación de la póliza

El presente contrato se encuentra mediado por Ribe Salat Correduría de Seguros y Reaseguros, inscrita en el Registro Especial de Mediadores de Seguros de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con el número J0625.



**ANEXO I**  
**DATOS DE ASEGURADO**

ASEGURADOS			
Descripción	Comentarios	Ta maño	
PÓLIZA *			
TIPO DE PÓLIZA *	1- Real Decreto 2- Colectivo Deportivo 3- Colegio	1	
CLUB/COLEGIO *	LITERAL DEL CLUB/COLEGIO	40	
TEMPORADA *	"TEMPORADA 99-99"	15	No es obligatorio para Tipo de Póliza = 3
NOMBRE *		16	
APELLIDO 1 *		20	
APELLIDO 2		20	
TIPO DOCUMENTO *	1- NIF 2- NIE 3- PASAPORTE	1	Obligatorio si Documento tiene información
DOCUMENTO **	SE VALIDA SEGÚN EL TIPO DE DOCUMENTO	9	Es obligatorio siempre que Tipo de Póliza=1 ó asegurado >=14 años
AFILIADO/LICENCI A/ N° ESTUDIANTE **	TEXTO LIBRE	20	Obligatorio para Tipo de Póliza=3
DOMICILIO *	CALLE, NÚMERO Y PISO	40	
POBLACIÓN *	LITERAL DE LA LOCALIDAD	40	
PROVINCIA *	LITERAL DE LA PROVINCIA	40	
CÓDIGO POSTAL *		5	
FECHA NACIMIENTO *	DD/MM/AAAA	8	
SEXO	V-HOMBRE, H-MUJER	1	
DEPORTE *	SEGÚN TABLA	40	Solo para Tipo de Póliza 1 ó 2
CATEGORÍA *	SEGÚN TABLA	20	Solo para Tipo de Póliza 1 ó 2
FECHA DE ALTA/EFECTO *	DD/MM/AAAA	8	Fecha de efecto de las coberturas
FECHA DE SOLICITUD *	DD/MM/AAAA	8	Fecha de carga en el sistema
TFNO. FIJO		9	
TFNO. MÓVIL		9	
EDAD	NUMERO	2	
E-MAIL		40	

**ANEXO II**  
**CUADRO MEDICO/CATÁLOGO DE PROVEEDORES**

**Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios:** Relación de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por la Entidad en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario.

A estos efectos, se considerarán Listas de Facultativos de la Entidad tanto las de las provincias en las que esta opera directamente como las de aquellas otras en las que lo hace mediante concierto con otras aseguradoras. En cada Cuadro Médico provincial se relacionan, además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y urgencias. El tomador y los asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que le es propia. Los datos que figuran en el Cuadro Médico pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que, ante cualquiera contingencia se consulte con la Entidad.



**ANEXO III**  
**RELACIÓN DE PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN**  
**ADMINISTRATIVA**

No es necesaria autorización previa para:

La asistencia de urgencia vital prestada en las primeras 24 horas desde la fecha de ocurrencia del accidente

Las exploraciones complementarias básicas derivadas de la asistencia urgente, aunque es necesaria e imprescindible la petición de facultativo concertado y recogido en el cuadro médico de aplicación para el colectivo

AUTORIZACION – Las prestaciones que requerirán autorización previa por parte de ASISA son:

La asistencia de urgencia no vital

Las visitas de seguimiento

Hospitalización

Intervenciones Quirúrgicas (Clínica, Médicos, Material de osteosíntesis, etc)

Pruebas Complementarias Específicas como TAC, RNM, Ecografías, etc.

Rehabilitación y/o Fisioterapia

Las prestaciones deben estar prescritas por servicios o facultativos concertados y recogidos en los cuadros médicos de cada uno de los colectivos.

USO DEL TALONARIO/TARJETA: para recibir asistencia, dispondrán de un talonario (talones de asistencia) o de tarjeta magnética (una genérica). En el caso de disponer de talonario, el asegurado de alta a través del colectivo deberá de entregar un talón por asistencia recibida, cumplimentándolo en todos sus campos (tanto el frente como el reverso). En algunos casos deberá de ir ratificado por el responsable del colectivo (asociación/federación).

En el caso de tratarse de tarjeta magnética, será el proveedor asistencial el que recogerá los datos del asegurado en un volante de registro extraordinario (VRE), que hará las veces de talón.



Dentro de las mejoras que ASISA pretende implantar en la gestión de la asistencia y en las autorizaciones, las nuevas tecnologías y/o procedimientos, podrán instaurarse en el transcurso de la temporada tras información del mismo y con el acuerdo de ambas partes.

ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 4260, Folio 111, Hoja M-71.003 - C.I.F.: A-09169294 - Domicilio Social: Juan Ignacio Luca de Tena, 12 - 28027 Madrid

A large, stylized handwritten signature in blue ink, located in the lower left quadrant of the page.

A small, stylized handwritten mark or signature in blue ink, located in the lower right quadrant of the page.

ANEXO IV  
COMUNICACIÓN Y TRAMITACIÓN DE SINIESTROS:  
DOCUMENTACIÓN

PARA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA:

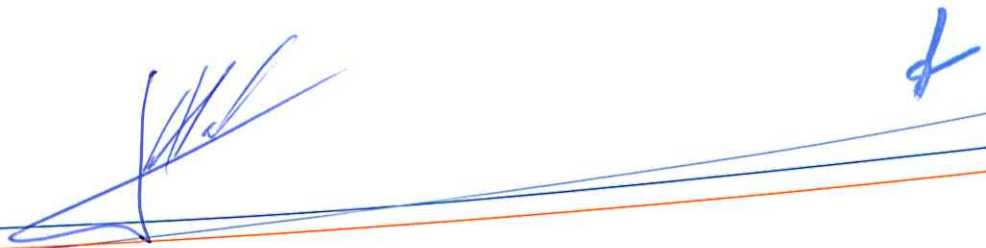
- Acta del partido (si el accidente ocurre en el transcurso del mismo) o entrenamiento.
- Talón de asistencia debidamente cumplimentado en el anverso y reverso por el representante del equipo.
- Informe médico, parte de lesiones o historial clínico. En el caso de tratamiento de rehabilitación, además deberá especificarse tratamiento y nº. de sesiones, así como evolución del proceso.

a) PARA PRESTACIONES INDEMNIZATORIAS:

- Parte de Accidente
- Informe Médico
- Certificado de Aseguramiento a nombre del asegurado emitido por la Federación, con indicación de fecha de alta.
- Factura correspondiente al abono de la asistencia de Odontología/Material Ortoprotésico.
- Certificado de titularidad de cuenta bancaria

PARA LA INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ANATÓMICAS O FUNCIONALES

- Fotocopia del D.N.I.
- Parte de Accidente
- Certificado de Aseguramiento a nombre del asegurado emitido por la Federación, con indicación de fecha de alta.
- Certificado médico con expresión de la invalidez resultante del accidente.



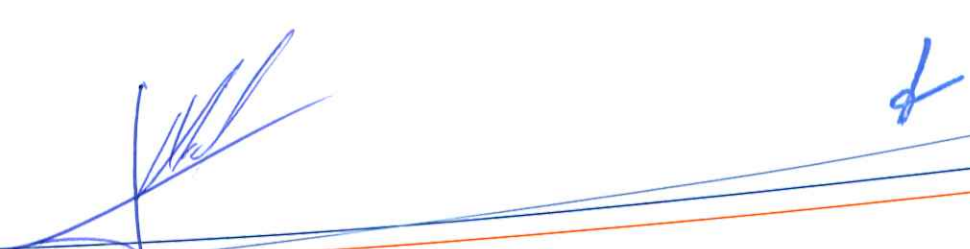
- Certificado de titularidad de cuenta bancaria del accidentado.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL TRÁMITE DE SINIESTROS DE FALLECIMIENTO:

- Parte de Accidente
- Certificado de Aseguramiento a nombre del asegurado emitido por la Federación, con indicación de fecha de alta.
- Certificado médico en el que se detalle la causa accidental del fallecimiento.

UNA VEZ COMPROBADO QUE PROCEDE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DEBERÁ PRESENTARSE:

- Certificado de Defunción
- Fotocopia del D.N.I. del fallecido y de los beneficiarios
- Certificado de Últimas Voluntades (Ministerio de Justicia).
- Último Testamento y Declaración expresa de herederos
- Liquidación del Impuesto de Sucesiones donde conste el impuesto correspondiente al Seguro de ASISA o certificado de encontrarse exento.
- Certificado de titularidad bancaria de los beneficiarios.



**ANEXO V**  
**BAREMO DE INDEMNIZACIONES**

Se considerará invalidez permanente total con derecho al 100% del capital asegurado los siguientes casos:

- Pérdida de los dos brazos o de las dos manos, o de un brazo y una mano, o de una mano y una pierna, o de una mano y un pie o de las dos piernas, o de los dos pies.
- La parálisis completa.
- La enajenación mental absoluta e incurable.
- La ceguera absoluta.

La pérdida total de los siguientes miembros u órganos darán lugar a la indemnización correspondiente en función de los siguientes porcentajes del capital asegurado:

- Del brazo o de la mano .....70%
- Del movimiento del hombro.....25%
- Del movimiento del codo .....20%
- Del movimiento de la muñeca.....20%
- Del pulgar y del índice.....35%
- De tres dedos que no sean el pulgar o el índice .....25%
- Del pulgar y de otro dedo que no sea el índice.....25%
- De tres dedos comprendidos, el pulgar o el índice .....30%
- Del índice y de otro dedo que no sea el pulgar.....20%
- Del pulgar solo.....20%
- Del índice sólo.....15%
- Del dedo mayor, del anular o del meñique .....10%
- De dos de estos dedos.....15%
- De una pierna .....60%
- De un pie .....50%




- Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos.....40%
- Ablación de la mandíbula inferior .....30%
- Pérdida total de un ojo o reducción de mitad de la visión Binocular.....30%
- Sordera completa de los dos oídos.....50%
- Sordera completa de un oído .....15%
- Fractura no consolidada de una pierna o un pie .....40%
- Fractura no consolidada de una rotula.....30%
- Pérdida total del movimiento de una cadera o una rodilla.....20%
- Acortamiento, por lo menos, de cinco centímetros de un miembro Inferior.....15%
- Pérdida total del pulgar de un pie .....10%
- Pérdida total de otro dedo del pie.....5%
- Extirpación del bazo.....10%
- Extirpación del riñón.....15%

Por la pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad la indemnización se determina por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión dentro del límite máximo del 100 por 100.

Por cada falange de los dedos únicamente se considera invalidez permanente la pérdida total, y la indemnización se establece de la siguiente forma: Por la pérdida de una falange del pulgar o del dedo gordo del pie, la mitad, y por la pérdida de la falange de cualquier otro dedo, un tercio, ambos de los porcentajes establecidos por la pérdida total del dedo respectivo.

Para los casos en que la lesión no está expresamente indicada en el baremo de porcentajes más arriba consignado, la indemnización se establecerá teniendo en cuenta en qué grado resulte permanentemente disminuida la capacidad normal del asegurado para su vida cotidiana.

En todo caso la pérdida absoluta o irreversible de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como su pérdida anatómica.






En los casos de disminución de su función, el porcentaje correspondiente antes indicado se produce proporcionalmente al grado de funcionalidad perdida.

A large, stylized handwritten signature in blue ink, appearing to be "J. Luca de Tena".

A small, handwritten mark in blue ink, resembling a stylized "d" or a similar character.

**ANEXO VI**  
**NORMAS DE ASISTENCIA FEDERACIÓN DEPORTIVA**

**ASISTENCIA CON MOTIVO DE UN ACCIDENTE INCLUIDO EN LAS  
COBERTURAS DE LA POLIZA DE ACCIDENTES DEPORTIVOS (R.D.)**

1. El federado asegurado que por motivo de un accidente deportivo incluido en las coberturas de la póliza requiera asistencia, de urgencia o programada, debe dirigirse directamente por sus propios medios o por medio de transporte sanitario (sólo si el tipo de lesión así lo exige) al *centro concertado de asistencia de ASISA* más cercano, donde se identificará como federado de la Federación correspondiente, por medio de:

- Licencia federativa.
- DNI.
- Los cheques/talones asistenciales de ASISA debidamente cumplimentados. Será requisito indispensable para recibir asistencia rellenar completamente los campos del talón de asistencia: número de licencia y fecha de expedición, identificación del asegurado, fecha de la cumplimentación y datos a cumplimentar por responsable del club en el reverso cómo identificación, tipo de lesión y lugar y fecha del accidente. Los Talonarios serán facilitados por la propia Federación al que pertenece el asegurado. El asegurado para recibir asistencia deberá entregar un solo un cheque/talón por cada acto médico, tratamiento o prestación requerida.

**Los asegurados lesionados solamente serán atendidos en las CLÍNICAS, CENTROS Y CONSULTAS CONCERTADAS que figuran en el "ANEXO SANATORIAL" del contrato firmado entre el tomador y ASISA.**

2. Si, una vez realizada esta primera visita, se requiere continuidad de la atención, visitas sucesivas, radiología especial (RMN y TAC), rehabilitación, hospitalización o cualquier otra prestación, el asegurado deberá solicitar





autorización a través de la Delegación Provincial de ASISA mediante el sellado del volante de prescripción del médico. Dichas solicitudes deberán presentarse **con antelación suficiente** para que ASISA pueda hacer las comprobaciones y gestiones oportunas.

Para la autorización deberá presentarse la siguiente documentación:

- Licencia federativa y DNI
- Parte de lesiones debidamente cumplimentado.
- Parte de urgencias o informe médico
- Acta del partido, en los casos en que Asisa lo requiera.

En los casos de ingreso hospitalario por motivo urgente, la autorización de ingreso deberá ser solicitada a la Delegación Provincial de ASISA dentro de un plazo máximo de 7 días a partir de la fecha del ingreso. Fuera de este plazo, ASISA declina toda responsabilidad asistencial sobre el ingreso del deportista lesionado

3. ASISA sólo se responsabilizará de las lesiones atendidas en un centro médico no concertado, cuando la lesión sea de urgencia vital y corra peligro la vida del jugador (consultar los supuestos recogidos en el Concierto Asistencial), en cuyo caso es necesario que se efectúe la oportuna comunicación a Asisa en el plazo previsto de 7 días desde la fecha del ingreso.

4. Los jugadores no deben abonar cantidad alguna al ser atendidos en los centros concertados por ASISA, siempre que lleven la documentación establecida.

5. Todos los derechos y deberes de los jugadores, se encuentran recogidos en las Condiciones Generales y Especiales para el Concierto entre ASISA y la Federación.



6. Todas las facturas que se generen por material ortopédico, por gastos de odontoestomatología y por asistencias a urgencias vitales (siempre que se traten de las autorizadas por póliza) deberán enviarse para su cobro antes de que finalice la temporada.

7. Para abonar el pago correspondiente del material ortopédico de cura y de odontología, se presentará en la Delegación de ASISA la siguiente documentación:

- Parte de lesiones.
- Copia de licencia federativa y D.N.I.
- Parte de urgencias, informe médico y pruebas diagnósticas.
- Factura original.
- Cuenta corriente donde realizar el reembolso.
- Cuando Asisa lo requiera, solicitará acta del partido.

8. Cualquier anomalía o discrepancia que pudiera surgir sobre la actuación de ASISA, se debe formalizar por escrito y enviarla a Servicios Centrales de Asisa.

**ASISA**  
**Departamento Comercial y de Marketing**  
**Unidad de Desarrollo de Pólizas Deportivas**  
**Juan Ignacio Luca de Tena 12**  
**28027 Madrid**



ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 4280, Folio 111, Hoja M-71 063 - C.I.F.: A-08169274 - Domicilio Social: Juan Ignacio Luca de Tena, 12 - 28027 Madrid

AI01610

## ANEXO VII INFORMACION SOBRE COBERTURA POLIZAS DEPORTIVAS

Estas pólizas dan cobertura al contenido recogido en el contrato, considerándose, por lo tanto exclusivamente cubiertos los accidentes sufridos con motivo de la práctica de los deportes asegurados.

**ACCIDENTE DEPORTIVO ES TODA LESION PRODUCIDA POR UN TRAUMATISMO PUNTUAL, VIOLENTO, SUBITO Y EXTERNO, DURANTE LA PRÁCTICA DEPORTIVA.**

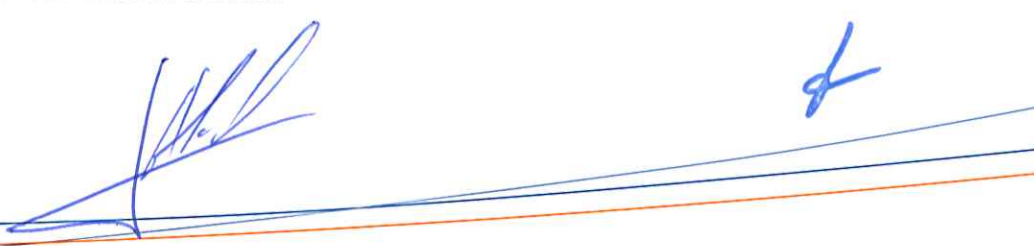
Quedan excluidas todas las enfermedades o patologías crónicas, producidas por la práctica habitual del deporte, por micro-traumatismos repetidos y no en un momento puntual, como son:

- Tendinitis y bursitis crónicas (osteopatía dinámica de pubis, codo de tenista, codo de golf, rodilla de saltador, tendinitis del manquito, patología de las inserciones, etc.).
- Patología degenerativa o lesiones derivadas de ella (artrosis, artritis reumatoide, hernias discales, etc.)
- Otros procesos considerados enfermedades del aparato locomotor, como artritis sépticas, enfermedad de Paget, osteoporosis, enfermedad de Dupuy, etc...

Por lo tanto, y teniendo en cuenta el concepto de Accidente Deportivo, no toda lesión que le ocurra al federado en su práctica deportiva, se puede considerar como tal, existiendo unos riesgos que están excluidos.


### RIESGOS EXCLUIDOS

Se consideran accidentes excluidos, y no serán atendidos por la aseguradora, los ocurridos en las siguientes circunstancias:



1. Cuando no se cumplan las condiciones anteriores o se trate de accidentes diferentes a la propia actividad deportiva.
2. Cuando se produzcan como derivación de una enfermedad, anomalía orgánica previa al accidente, incompatible o no con la práctica de su deporte.
3. Cuando se produzcan en estado de drogadicción, alcoholismo, perturbación mental, reyerta o tentativa de suicidio o cuando medie malicia propia o culpa grave. Sin perjuicio de que la Aseguradora inicie las acciones que procedan.
4. Mediando imprudencia o negligencia por inobservancia de las Leyes, Ordenanzas y Reglamentos deportivos.
5. Cuando se produzcan en escuelas de aprendizaje de cualquier deporte, salvo que las mismas estén aseguradas.
6. Cuando el deportista tenga la categoría de profesional
7. Cuando no pueda determinarse que el padecimiento o lesiones resultan como causa directa o derivada de la práctica de su deporte. Asimismo, en caso de recidivas, si se determina que no proviene del accidente deportivo objeto del primer parte de accidente tramitado.
8. La participación en deportes de alto riesgo, apuestas y records o tentativas de los mismos.
9. Cuando la finalidad de la actividad realizada en el momento del accidente no esté relacionada directamente con el deporte, sino con actividades profesionales paralelas.
10. Cuando el accidente se produzca en periodo de baja médica, tanto si ésta es laboral como deportiva.

**Para la garantía de asistencia sanitaria, no serán satisfechos por la aseguradora los gastos producidos por:**

1. Todo el material prescrito en servicios ajenos a la aseguradora.
2. El material ortopédico prescrito por accidentes no deportivos o para prevención de accidentes, sean deportivos o no.
3. El material prescrito por enfermedades o para corrección de vicios o deformidades anatómicas (varo, valgo, cavos, etc.) como plantillas ortopédicas y demás ortopedias. 

4. Los gastos derivados de la rehabilitación a domicilio.
5. Los gastos de farmacia no hospitalaria.

Las pólizas suscritas dan cobertura a las lesiones derivadas de ACCIDENTE DEPORTIVO, es decir, toda lesión producida por un traumatismo puntual violento, súbito y externo durante la práctica deportiva.

## ESPECIALIDADES RELACIONADAS CON LOS ACCIDENTES DEPORTIVOS

Los accidentes deportivos deben ser tratados por las siguientes especialidades médicas:

- URGENCIAS
- TRAUMATOLOGIA
- RADIOLOGIA
- REHABILITACION
- CIRUGIA TRAUMATOLOGICA

*d*

*[Handwritten signature]*

## ANEXO VIII

### COBERTURAS ESPECIALES

En los casos de Patología de la Bursa Articular y Tendinosa de origen no traumático, la cobertura de estas patologías deberá ser previamente autorizada por el Asesor Médico de la Secretaria del Consejo de ASISA, quien podrá solicitar los informes médicos y pruebas que considere necesarios, así como si fuera preciso realizar una citación para consulta médica.

Las patologías susceptibles de esta cobertura son:

#### MIEMBRO SUPERIOR

- Bursitis subacromial
- Tendinitis/Periartritis escapulohumeral (patología del manguito rotador)
- Tendinitis bicipital
- Tendinitis tricipital
- Tendinitis y bursitis del carpio

#### PELVIS

- Bursitis trocantérea
- Tendinitis de abductores
- Osteopatía de pubis. Pubalgia
- Tendinitis de isquiotibiales

#### MIEMBRO INFERIOR

- Tendinitis cuadripital y rotuliana
- Bursitis anserina
- Bursitis cintilla iliotibial
- Tendinitis bisipital femoral
- Periostitis/Shin splints
- Tendinitis de los peroneos



- Tendinitis aquilea
- Tendinitis y bursitis del tarso
- Fascitis plantar/Tatalgia

