

PROTOCOL D'ACCIDENTS

CONSELL DE L'ESPORT ESCOLAR DE BARCELONA

IMPRESINDIBLE SEGUIR ELS SEGÜENTS PASSOS:

1. Omplir el "Parte d'Accident" que haurà de ser signat per l'entitat de l'esportista.
2. La persona lesionada ha d'anar a un dels Centres Mèdics concertats amb el "Parte d'accident".

En cas d'URGÈNCIA VITAL, la persona lesionada ha de rebre assistència mèdica al Centre Sanitari més proper.

IMPORTANT: Hi ha dos tipus de Partes d'Accident:

G-L6-62000132. Esportistes majors d'edat, tutors/res de joc, delegats/des i tècnics.

G-L6-62000232. Esportistes Menors d'edat.

COBERTURES DE LA PÒLISSA

La pòlissa cobreix **els accidents** dels i les esportistes, que practiquen esport en diferents entitats, agrupades pel Consell de l'Esport Escolar de Barcelona, **durant les activitats esportives extraescolars**, de setembre a juny de la temporada en curs.

Despeses mèdiques, il·limitades en centres concertats amb la companyia, límit temporal 18 mesos, rdd 849/93./ territori nacional.

Despeses sanitàries a l'estranger 6.000 euros (reemborsament).

Rehabilitació màxim 18meses.

Material ortopèdic 70% del preu venda públic per accident esportiu.

Despeses odontològiques, límit 500 euros.

Material osteosíntesis fins a 1000 euros.

Despeses de trasllat de l'accidentat (ambulància) fins a centre d'assistència més proper.

En cas de mort de menors de 14 anys (reemborsament de despeses de sepeli).

En cas de mort accidental, por una causa no directa de la pràctica esportiva 1800 euros.

Mort per accident 9.000 euros.

Invalidesa permanent per accident 18.750 euros.

Assistència sanitària il·limitada als centres concertats amb la companyia.

CENTRES MÈDICS CONCERTATS

SEVEN MEDICAL ASSISTENCIAL

Avgda. Riera de Cassoles, 43-45, Baixos Interior, Barcelona
93 218 82 12

LABORABLES de 8 A 20 Hores

PRIMERES VISITES I CONTROLS SUCCESIUS

Laborables a partir de les 20.00h, dissabtes, diumenges i Festius estarem a

CLINICA DEL PILAR

C/ Balmes, 271, Barcelona

93 236 05 12

LABORABLES A PARTIR DE LES 20.00 HORES

SERVEI PERMANENT: Dissabtes, Diumenges i Festius.

EXCLUSIVAMENT ATENDRAN PRIMERES VISITES

Controls succesius contactar amb SEVEN MEDICAL



Consell de l'Esport Escolar de
Barcelona

Av.Litoral, 86-96; 08005; Barcelona.

935 112 102

formacio@elconsell.cat

www.ceeb.cat



Por el presente Parte de Siniestro se pone en conocimiento de la Compañía la ocurrencia del accidente de la persona asegurada, sirviendo el mismo como solicitud de la prestación garantizada en virtud de la póliza de seguro.

CONSELL DE L'ESPORT ESCOLAR DE BARCELONA

Esportistes majors de 18 anys. Delegats, Tècnics i Tutors

Póliza Núm.: ; !@!* &\$\$\$\$% &

Datos del Asegurado: (a cumplimentar por el Asegurado)

Nombre y apellidos _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código Postal _____

Edad: _____ Profesión: _____

Descripción y fecha del accidente:

Fecha y hora de ocurrencia: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ Lugar de ocurrencia: _____

Descripción: _____

En caso de no realizarse informe médico por el facultativo, hacer descripción de las lesiones sufridas: _____

Informe médico de baja:(a cumplimentar por el Médico del Asegurado)

Nombre y apellidos del Facultativo: _____ Núm. Colegiado: _____

Colegio: _____ Especialidad: _____ Localidad donde ejerce: _____

¿Ha padecido el Asegurado esta dolencia con anterioridad? Si No Fecha: ____ / ____ / ____

¿Debe el Asegurado guardar cama o reposo domiciliario? Si No

Indicar si impide al Asegurado el desarrollo de su actividad habitual o profesional y en qué medida:

No impide Impide totalmente Impide parcialmente Previsión de días de baja: _____

Situación del Asegurado: en domicilio Hospitalizado (indicar nombre del Centro): _____

Dirección del Centro: _____ Teléfono: _____

Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____ Hora de ingreso: ____ Duración prevista (días): _____

Tipo de hospitalización: Programada Urgencias

El Asegurado presta su consentimiento expreso para que el Asegurador pueda consultar a los facultativos que lo atiendan o lo hayan atendido, sobre los datos médicos o clínicos relativos al mismo.

CENTRES MÈDICS CONCERTATS

SEVEN MEDICAL ASSISTENCIAL En _____ a de de _____

Avda. Príncep d'Astúries, 43-45, Baixos Interior, Barcelona

El Facultativo

El Asegurado

LABORABLES de 8 A 20 Hores / 93 218 82 12

PRIMERES VISITES I CONTROLS SUCCESIUS

Nits, dissabtes, diumenges i Festius estarem a CLINICA DEL PILAR, C/ Balmes, 271, Barcelona

(Imprescindible adjuntar Informe del Médico o Centro Hospitalario que haya prestado la asistencia y pruebas médicas realizadas si las hubiere)

Cuestionario a cumplimentar por el Asegurado:

¿Ejerce otras actividades profesionales además de la declarada en sus datos personales? Detalle cuáles son: _____

¿Se encuentra actualmente de baja en su empresa? Si No ¿Desde que fecha?: ____ / ____ / ____

¿Ha podido realizar al menos de forma parcial sus actividades hasta este momento?: Si No

En caso de sufrir algún tipo de invalidez describa la naturaleza y extensión de la misma: _____

¿Se trata de accidente de circulación? Si No (en caso afirmativo deberá adjuntar copia del parte amistoso de accidente, datos de los vehículos intervinientes y copia de las Diligencias Judiciales incoadas así como resultado de pruebas toxicológicas realizadas).

De conformidad con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, quedo informado de la existencia de un fichero informático de titularidad de Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros, de la necesidad de suministrar los datos requeridos para poder tramitar el siniestro objeto de la presente declaración y de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, prestando el consentimiento expreso al tratamiento automatizado de los datos, y muy especialmente de los datos de salud contenidos en la presente Declaración de Siniestro de Accidente.

En _____ a de de _____

El Asegurado





Por el presente Parte de Siniestro se pone en conocimiento de la Compañía la ocurrencia del accidente de la persona asegurada, sirviendo el mismo como solicitud de la prestación garantizada en virtud de la póliza de seguro.

CONSELL DE L'ESPORT ESCOLAR DE BARCELONA

Esportistes menors de 18 anys

Póliza Núm.: G-L6-620000232

Datos del Asegurado: (a cumplimentar por el Asegurado)

Nombre y apellidos _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código Postal _____

Edad: _____ Profesión: _____

Descripción y fecha del accidente:

Fecha y hora de ocurrencia: ____/____/____ Hora: ____:____ Lugar de ocurrencia: _____

Descripción: _____

En caso de no realizarse informe médico por el facultativo, hacer descripción de las lesiones sufridas: _____

Informe médico de baja:(a cumplimentar por el Médico del Asegurado)

Nombre y apellidos del Facultativo: _____ Núm. Colegiado: _____

Colegio: _____ Especialidad: _____ Localidad donde ejerce: _____

¿Ha padecido el Asegurado esta dolencia con anterioridad? Si No Fecha: ____/____/____

¿Debe el Asegurado guardar cama o reposo domiciliario? Si No

Indicar si impide al Asegurado el desarrollo de su actividad habitual o profesional y en qué medida:

No impide Impide totalmente Impide parcialmente Previsión de días de baja: _____

Situación del Asegurado: en domicilio Hospitalizado (indicar nombre del Centro): _____

Dirección del Centro: _____ Teléfono: _____

Fecha de ingreso: ____/____/____ Hora de ingreso: ____:____ Duración prevista (días): _____

Tipo de hospitalización: Programada Urgencias

El Asegurado presta su consentimiento expreso para que el Asegurador pueda consultar a los facultativos que lo atiendan o lo hayan atendido, sobre los datos médicos o clínicos relativos al mismo.

CENTRES MÈDICS CONCERTATS

SEVEN MEDICAL ASSISTENCIAL En _____ a de de _____

Avgda. Príncep d'Astúries, 43-45, Baixos Interior, Barcelona

El Facultativo

El Asegurado

LABORABLES de 8 A 20 Hores / 93 218 82 12

PRIMERES VISITES I CONTROLS SUCCESIUS

Nits, dissabtes, diumenges i Festius estarem a CLINICA DEL PILAR, C/ Balmes, 271, Barcelona

(Imprescindible adjuntar Informe del Médico o Centro Hospitalario que haya prestado la asistencia y pruebas médicas realizadas si las hubiere)

Cuestionario a cumplimentar por el Asegurado:

¿Ejerce otras actividades profesionales además de la declarada en sus datos personales? Detalle cuáles son: _____

¿Se encuentra actualmente de baja en su empresa? Si No ¿Desde que fecha?: ____/____/____

¿Ha podido realizar al menos de forma parcial sus actividades hasta este momento?: Si No

En caso de sufrir algún tipo de invalidez describa la naturaleza y extensión de la misma: _____

¿Se trata de accidente de circulación? Si No (en caso afirmativo deberá adjuntar copia del parte amistoso de accidente, datos de los vehículos intervinientes y copia de las Diligencias Judiciales incoadas así como resultado de pruebas toxicológicas realizadas).

De conformidad con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, quedo informado de la existencia de un fichero informático de titularidad de Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros, de la necesidad de suministrar los datos requeridos para poder tramitar el siniestro objeto de la presente declaración y de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, prestando el consentimiento expreso al tratamiento automatizado de los datos, y muy especialmente de los datos de salud contenidos en la presente Declaración de Siniestro de Accidente.

En _____ a de de _____

El Asegurado

