

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-L6-620000132. Esportistes majors d'edat, tutors/res de joc, delegats/des i personal tècnic.

G-L6-620000232. Esportistes Menors d'edat.

COBERTURES DE LA PÒLISSA

La pòlissa cobreix **els accidents** dels i les esportistes, que practiquen esport en diferents entitats, entre les quals es troben les 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 8h a 20h

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

informaciogeneral@ceeb.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.

SEVEN FOUNDATION

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? Sí No Fecha: / /¿Debe el Asegurado guardar cama o reposo domiciliario? Sí 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.

En _____, a _____ de _____ de _____

El Facultativo

El Asegurado

X

(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? Sí No ¿Desde que fecha?: / /¿Ha podido realizar al menos de forma parcial sus actividades hasta este momento?: Sí NoEn caso de sufrir algún tipo de invalidez describa la naturaleza y extensión de la misma: _____
_____¿Se trata de accidente de circulación? Sí 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.

SEVEN FOUNDATIONEsportistes majors de 18 anys. Delegats/des, Tècnics/ques i Tutors/es **Póliza Núm.: G-L6-620000132****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? Sí No Fecha: / /¿Debe el Asegurado guardar cama o reposo domiciliario? Sí 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.

En _____, a _____ de _____ de _____

El Facultativo

El Asegurado

X

(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? Sí No ¿Desde que fecha?: / /¿Ha podido realizar al menos de forma parcial sus actividades hasta este momento?: Sí NoEn caso de sufrir algún tipo de invalidez describa la naturaleza y extensión de la misma: _____
_____¿Se trata de accidente de circulación? Sí 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

