

# 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 personal tècnic.

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 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](mailto:informaciogeneral@ceeb.cat)

[www.ceeb.cat](http://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**

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

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?  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.

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?  Sí  No ¿Desde que fecha?: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

En 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

