

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

Su seguro de Accidentes incluye la garantía de **Asistencia Sanitaria en los Servicios Médicos u hospitalarios concertados por la Compañía**. Catalana Occidente procederá a abonar los gastos originados de la asistencia sanitaria como consecuencia de un accidente directamente al Centro Hospitalario Concertado, sin que usted precise realizar desembolso alguno.

Es imprescindible seguir los siguientes pasos:

1. En caso de accidente, el lesionado debe acreditar en la visita de urgencias o primera consulta médica la ocurrencia del accidente y su vinculación como asegurado en póliza mediante el **Parte de Declaración de Accidentes**, debidamente cumplimentado.
2. Una vez realizada la primera asistencia, el lesionado debe comunicar el accidente a la Compañía al teléfono de atención al cliente: **902.206.208**. En la misma llamada, le darán un número de referencia de expediente, que debe facilitar de inmediato al centro médico de urgencias para que pueda facturar la primera asistencia y que da conformidad a las visitas de control, revisión o pruebas sencillas como RX.
Asimismo, deberá contactar con Catalana Occidente (Atención al cliente) para conocer los Centros Médicos Concertados y recibir la asistencia sanitaria.
3. Se remitirá el parte de declaración, copia del boletín de adhesión y el informe médico de urgencias a la Compañía, mediante fax: 932.606.471 o por correo electrónico: gd.diversos@catalanaoccidente.com, con copia a AON: mariaangeles.moreno@aon.es indicando siempre en la documentación el **número de referencia**.

CATALANA OCCIDENTE SEGUROS
Atención al Cliente
Tfno.: 902.206.208 (24h)

AON RISK SOLUTIONS
DPT. ACCIDENTES
Tfno.: 93.336.25.00

Identificación póliza

TOMADOR DE LA PÓLIZA FUNDANCIÓ PERE TARRÉS	NÚMERO DE PÓLIZA 8-8573517-J
--	--

Datos de la persona lesionada

FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDOS DEL LESIONADO (ASEGURADO)					D.N.I.	
DOMINIO	TIPO VÍA	NOMBRE DE LA VÍA			NÚMERO	BIS	LETRA
KM.	BLOQUE	ESCALERA	PLANTA	PUERTA	URBANIZACIÓN		
LOCALIDAD				PROVINCIA		CÓDIGO POSTAL	
ACTIVIDAD PROFESIONAL				TELÉFONO		TELÉFONO MÓVIL	
¿HA TENIDO ALGÚN OTRO ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		DESCRIBIR:			

Datos del siniestro

FECHA DEL ACCIDENTE	HORA	¿DÓNDE HA OCURRIDO?	
		<input type="checkbox"/> En el centro de trabajo <input type="checkbox"/> En su domicilio <input type="checkbox"/> Fuera del centro de trabajo y de su domicilio	
DIRECCIÓN DE OCURRENCIA			
LOCALIDAD		PROVINCIA	
¿QUÉ ACTIVIDAD DESARROLLABA?			
POR FAVOR, EXPLIQUE DETALLADAMENTE SU VERSIÓN DEL SINIESTRO INDICANDO CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE:			
DETALLE LAS LESIONES SUFRIDAS:			
SI HA RECIBIDO ASISTENCIA MÉDICA, INDIQUE LA FECHA Y EL CENTRO SANITARIO DONDE FUE ATENDIDO:			RECUERDE ADJUNTAR EL PARTE DE PRIMERA ASISTENCIA
FECHA	CENTRO		

En _____, a _____ de _____ de _____

PERSONA LESIONADA

D/Dña:
D.N.I.:

Por favor, recuerde que es imprescindible la firma de esta declaración. Caso de no poder firmar la persona lesionada el firmante deberá identificarse e indicar su relación con la persona lesionada.