FUNDACIÓ PERE TARRÉS

Catalana Occidente Seguros

NORMES D'ACTUACIÓ EN CAS D'ACCIDENT

La seva assegurança d'Accidents inclou la garantia d'**Assistència Sanitària en els Servei Mèdics u hospitalaris concertats per la Companyia**. Catalana Occident procedirà a abonar les despeses originades de l'assistència sanitària com a conseqüència d'un accident directament al Centre Hospitario Concertat, sense que vostè necessiti realitzar cap desemborsament.

És imprescindible seguir els següents passos:

1. En cas d'accident, el lesionat ha d'acreditar en la visita d'urgències o primera consulta mèdica l'ocurrència de l'accident i la seva vinculació com a assegurat a la pòlissa mitjançant el **Part de Declaració d'Accidents**, degudament cumplimentat.

2. Una vegada realitzada la primera assistència, el lesionat ha de comunicar l'accident a la Companyia al telèfon d'atenció al client: **902.206.208**. A la mateixa trucada, li donaran un numero de referència d'expedient, que ha de facilitar immediatament al centre mèdic d'urgències perquè pugui facturar la primera assistència i que dóna conformitat a les visites de control, revisió o proves senzilles com RX.
   Així mateix, haurà de contactar amb Catalana Occident (Atenció al client) per conèixer els Centres Mèdics Concertats i rebre l'assistència sanitària

3. Es remetrà l'informe de declaració, còpia del butlletí d'adhesió i l'informe mèdic d'urgències a la Companyia, mitjançant fax: 932606471 o per correu electrònic: gd.diversos@catalanaoccidente.com, amb còpia a AON: mariaangeles.moreno@aon.es indicant sempre en la documentació el **numero de referència**.

CATALANA OCCIDENTE SEGUROS **Atenció al Client** **Tfno.: 902.206.208 (24h)**	**AON RISK SOLUTIONS** **DPT. ACCIDENTS** **Tfno.: 93.336.25.00**

Catalana Occident Assegurances

ACCIDENTS CORPORALS (individual i col·lectiu) DECLARACIÓ DE SINISTRE

Nº sinistre

Identificació pòlissa

PRENEDOR DE LA PÒLISSA	NOMBRE DE PÒLISSA
FUNDACIÓ PERE TARRÉS	**8-8573517-J**

Dades de la persona lesionada

DATA DE NAIXEMENT	NOM I COGNOMS DEL LESIONAT (ASSEGURAT)	DNI

DOMICILIO:	TIPUS VIA	NOM DE LA VIA	Nº	BIS	LLETRA

KM.	BLOC	ESCALA	PLANTA	PORTA	URBANITZACIÓ

LOCALITAT	PROVINCIA	CODI POSTAL

ACTIVITAT PROFESSIONAL	TELÉFON	TELÉFON MÓBIL

HA TINGUT ALGUN UN ALTRE ACCIDENT ALS ÚLTIMS 121 MESOS?		
	☐	Sí ➡ DESCRIURE:
	☐	No

Dades del sinistre

DATA DE L'ACCIDENT	HORA	ON HA PASSAT?
		☐ Al centre de treball ☐ Al vostre domicili ☐ Fora del centre de treball i del domicili

ADREÇA D'OCURRÈNCIA	
LOCALITAT	PROVÍNCIA

QUINA ACTIVITAT DESENVOLUPA?

SI US PLAU, EXPLICA DETALLADAMENT LA SEVA VERSIÓ DEL SINISTRE INDICANT CAUSES I CIRCUMSTÀNCIES DE L'ACCIDENT:

DETALL LES LESIONS PATGES:

SI HA REBUT ASSISTÈNCIA MÈDICA, INDIQUI LA DATA I EL CENTRE SANITARI ON VA SER ATÈS: **RECORDE ADJUNTAR EL PART DE PRIMERA ASSISTÈNCIA**

DATA	CENTRE

A _____, a ___ de _____ de _____ .

PERSONA LESSIONADA

NOM:
DNI:

Si us plau, recordeu que és imprescindible la signatura d'aquesta declaració. En cas de no poder signar la persona lesionada, el signant haurà d'identificar-se i indicar la seva relació amb la persona lesionada.