

## **NORMES D'ACTUACIÓ EN CAS D'ACCIDENT**

La seva assegurança d'Accidents inclou la garantia d'**Assistència Sanitària en els Serveis Mèdics u hospitalaris concertats per la Companyia**. Catalana Occidente procedirà a abonar les despeses originades de l'assistència sanitària com a conseqüència d'un accident directament al Centre Hospitalari 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 complimentat.
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 Occidente (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](mailto:gd.diversos@catalanaoccidente.com), amb còpia a AON: [mariaangeles.moreno@aon.es](mailto: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

■ Identificación póliza

TOMADOR DE LA PÓLIZA <b>FUNDANCIÓ PERE TARRÉS</b>	NÚMERO DE PÓLIZA <b>8-8573517-J</b>
------------------------------------------------------	----------------------------------------

■ Datos de la persona lesionada

FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDOS DEL LESIONADO (ASEGURADO)					D.N.I.	
DOMICILIO	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.