

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE ACCIDENTES CURSO 2014/2015

INFORMACIÓN PARA EL APA ACTUACIÓN PROMOVIDA POR LA FAPA Y GENERALI SEGUROS



GENERALI
Seguros



MartínezAlisiardi
CONSULTORÍA DE SEGUROS

SIEMPRE, CON EL OBJETIVO DE FACILITAR LAS
ACTIVIDADES DE LAS ASOCIACIONES DE PADRES Y
MADRES DEL ALUMNADO



COBERTURA DEL SEGURO

ACTIVIDADES CUBIERTAS: Actividades organizadas por el APA, a cualquier hora dentro del colegio, salidas, excursiones, talleres y actividades deportivas.

ACTIVIDADES NO CUBIERTAS: Esquí, alpinismo, escalada, inmersión submarina, lucha, boxeo, artes marciales, automovilismo, motociclismo, hípica, vuelo libre, vuelo sin motor, participación en lidias, tentaderos y encierros de reses bravas, ...

En general aquellas actividades que tengan un carácter notoriamente peligroso.

No obstante, si alguna de estas actividades, o similares, son desarrolladas por un APA, la compañía se compromete, previa petición expresa, a estudiar su posible aceptación y, en todo caso, establecer las condiciones particulares de la misma.

CAPITALES Y GARANTIAS ASEGURADAS:

3.000,00 € Fallecimiento por accidente.

6.000,00 € Invalidez Permanente Parcial, según baremo.

12.000,00€ Asistencia sanitaria en centros de libre elección o centros concertados.

Gastos por asistencia facultativa.

Gastos de hospitalización.

Traslados y desplazamientos hasta el centro médico.

Asistencia de urgencias.

Rehabilitación física (incluye alquiler de muletas, sillas de ruedas y análogos). Gastos de prótesis dentaria con un máximo de 300 euros.

PRIMA TOTAL: 3,50 € por alumno y año.

ALTAS: El APA interesada deberá solicitar su incorporación al seguro remitiendo la relación del grupo de alumnos a asegurar.

La compañía de seguros dará de alta a dicho grupo y girará el recibo total a la cuenta corriente indicada por el APA.

LAS ACTIVIDADES CUBIERTAS SON LAS QUE SE REALICEN DENTRO DEL HORARIO LECTIVO O EXTRAESCOLAR ORGANIZADAS POR LAS APAS

ACTUACIONES PARA LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO POR PARTE DEL APA

PRECIO: 3,50 € por asegurado. Si el número de asegurados es muy bajo la prima mínima sería de 50 €.

CONTRATACIÓN: Para realizar la contratación el APA debe enviar a la FAPA la siguiente información:

- Relación de alumnos asegurados.
- Datos del APA (CIF, denominación, dirección, municipio y datos bancarios para realizar el pago).

Estos documentos serán enviados a la FAPA Francisco Giner de los Ríos por correo electrónico info@fapaginerdelosrios.es con copia al correo de nuestro agente del seguro fapagenerali@martinezalisiardi.es para su traslado a la compañía de seguros.

Desde el mismo momento que se envía a la compañía el seguro surte efectos.

A través de este correo se remitirá la póliza realizada.

AMPLIACIONES: si una vez enviada la relación del alumnado asegurado fuera necesario incorporar a nuevos asociados se seguirá el mismo procedimiento indicado anteriormente.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ENTREGARÁ AL APA CUANDO SE FORMALICE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO:

- Certificado de la compañía aseguradora, expedido a nombre del APA.
- Documento "Condiciones del contrato de seguro", con indicación de condiciones, clínicas concertadas y demás cuestiones generales.
- Impreso "Comunicación de accidente".

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN ACCIDENTE

En caso de prestación de asistencia sanitaria.

Se rellenará y sellará (por la APA) el impreso "Declaración de Accidentes" que será presentado en el centro de asistencia sanitaria escogido. Si éste se encuentra entre los concertados por la compañía, se tramitará directamente desde el mismo. Si fuera de libre elección por parte del asegurado, los gastos deberán ser sufragados por éste para su posterior abono por parte de la compañía (en cuyo caso, se facilitará la documentación expresada en los apartados 1, 2, 3 y 4 del siguiente apartado).

Para la tramitación de un accidente en un centro no concertado se facilitará por parte del asegurado la siguiente documentación:

- 1.- **Declaración de Accidentes**, debidamente cumplimentado en todos sus apartados, firmado por la persona acompañante o la APA.
- 2.- **Informe médico** con la descripción de las lesiones sufridas por el asegurado.
- 3.- **Pago**, se realizará por el acompañante del asegurado o el APA y se recogerá la factura por la atención recibida
- 4.- **Identificación**: Es necesario indicar claramente el N^º de póliza (G l6 285000041), el número de Adhesión, que es el número que se os facilita a vosotros al realizar vuestro seguro (90000X) y el nombre del asegurado (alumno/a)
- 5.- **Pago de la compañía**, una vez que la compañía tenga esta documentación y sea concedora del servicio prestado, realizará el pago de de la factura mediante transferencia a la cuenta bancaria que se le indique

PRIMA TOTAL: 3,50 € por alumno y año.

GUÍA DE PROCEDIEMIENTOS Y CENTROS CONCERTADOS MÉDICO-HOSPITALARIOS

INGRESOS HOSPITALARIOS

(Cualquier asistencia sanitaria en centro concertado, precisa en todo caso autorización expresa de la Compañía)

ARAVACA

HOSPITAL PARDO DE ARAVACA

C/ La Salle, 12 Salida 10 de la N.VI
28023 ARAVACA
Tel. 915 129 000

BOADILLA DEL MONTE

HOSPITAL MADRID MONTEPRÍNCIPE

Avda. Montepríncipe, 25
28660 BOADILLA DEL MONTE
Tel. 917 089 900

MADRID

CLÍNICA CENTRO

Avda. Ventisquero de la Condesa, 42
28035 MADRID
Tel. 917 355 757

CLÍNICA RUBER

C/ Juan Bravo, 49
28006 MADRID
Tel. 914 026 100

CLÍNICA VIRGEN DEL MAR

C/ Honduras, 13
28016 MADRID
Tel. 913 539 500

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Avda. Reyes Católicos, 2
28040 MADRID
Tel. 902 111 152

HOSPITAL SAN RAFAEL

C/ Serrano, 199
28016 MADRID
Tel. 915 649 943

SANATORIO SAN FRANCISCO DE ASÍS

C/ Joaquín Costa, 28
28002 MADRID
Tel. 915 617 100

POZUELO DE ALARCÓN

HOSPITAL QUIRÓN

C/ Diego de Velázquez, 1
28223 POZUELO DE ALARCÓN
Tel. 902 151 016

SANCHINARRO

HOSPITAL MADRID NORTE

C/ Oña, 10
28050 SANCHINARRO
Tel. 917 567 800

TORRELODONES

HOSPITAL MADRID TORRELODONES

Avda. Castillo de Olivares, s/n
28250 TORRELODONES
Tel. 912 675 000

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

(Cualquier asistencia sanitaria en centro concertado, precisa en todo caso autorización expresa de la Compañía)

RADIODIAGNÓSTICO

ARAVACA

HOSPITAL PARDO DE ARAVACA

C/ La Salle, 12 Salida 10 de la N.VI
28023 ARAVACA
Tel. 915 129 000

BOADILLA DEL MONTE

HOSPITAL MADRID MONTEPRÍNCIPE

Avda. Montepríncipe, 25
28660 BOADILLA DEL MONTE
Tel. 917 089 900

MADRID

CENTRO CLÍNICO DE DIAGNÓSTICO

C/ Zurbano, 29 - Bajo
28010 MADRID
Tel. 913 085 185

Tel. 917 089 900

CLÍNICA CEMTRO

Avda. Ventisquero de la Condesa, 42
28035 MADRID
Tel. 917 355 757

CLÍNICA RUBER

C/ Juan Bravo, 49
28006 MADRID
Tel. 914 026 100

MAJADAHONDA

CENTRO MEDICO MAJADAHONDA
C/ Rosalía de Castro, 2
28220 MAJADAHONDA
Tel. 916 381 247

POZUELO DE ALARCÓN

HOSPITAL QUIRÓN
C/ Diego de Velázquez, 1
28223 POZUELO DE ALARCÓN
Tel. 902 151 016

SANCHINARRO

HOSPITAL MADRID NORTE
C/ Oña, 10
28050 SANCHINARRO
Tel. 917 567 800

TORRELODONES

HOSPITAL MADRID TORRELODONES
Avda. Castillo de Olivares, s/n
28250 TORRELODONES
Tel. 912 675 000

RESONANCIA MAGNÉTICA / TAC

ARAVACA

HOSPITAL PARDO DE ARAVACA
C/ La Salle, 12 Salida 10 de la N.VI
28023 ARAVACA
Tel. 915 129 000

BOADILLA DEL MONTE

HOSPITAL MADRID MONTEPRÍNCIPE
Avda. Montepríncipe, 25
28660 BOADILLA DEL MONTE

MADRID

CLÍNICA CEMTRO

Avda. Ventisquero de la Condesa, 42
28035 MADRID
Tel. 917 355 757

CLÍNICA RUBER

C/ Juan Bravo, 49
28006 MADRID
Tel. 914 026 100

CLÍNICA SANTA ELENA

C/ La Granja, 8
28003 MADRID
Tel. 914 539 400

RESONA

C/ Españolito, 24
28010 MADRID
Tel. 913 084 088

POZUELO DE ALARCÓN

HOSPITAL QUIRÓN
C/ Diego de Velázquez, 1
28223 POZUELO DE ALARCÓN
Tel. 902 151 016

SANCHINARRO

HOSPITAL MADRID NORTE
C/ Oña, 10
28050 SANCHINARRO
Tel. 917 567 800

TORRELODONES

HOSPITAL MADRID TORRELODONES
Avda. Castillo de Olivares, s/n
28250 TORRELODONES
Tel. 912 675 000

ESPECIALIDADES MÉDICAS

(Cualquier asistencia sanitaria en centro concertado, precisa en todo caso autorización expresa de la Compañía)

CENTRO MÉDICO VARIAS ESPECIALIDADES

ALCALÁ DE HENARES

CENTRO MÉDICO COMPLUTENSE

Vía Complutense, 77 – Avda. Guadalajara, 42

28805 ALCALÁ DE HENARES
Tel. 918 820 189

ALGETE
VIPRESA
C/ Nogal, 2
28110 ALGETE
Tel. 916 280 503

ARANJUEZ
CLÍNICA ATLAS
C/ Infantas, 57 – Bajo
28300 Aranjuez
Tel. 918 925 373

ARAVACA
HOSPITAL PARDO DE ARAVACA
C/ La Salle, 12 Salida 10 de la N.VI
28023 ARAVACA
Tel. 915 129 000

ARGANDA DEL REY
CENTRO MÉDICO ARGANDA
Avda. Derechos Humanos, 12
28500 ARGANDA DEL REY
Tel. 918 757 566

BOADILLA DEL MONTE
HOSPITAL MADRID MONTEPRÍNCIPE
Avda. Montepríncipe, 25
28660 BOADILLA DEL MONTE
Tel. 917 089 900

FUENLABRADA
CENTRO MÉDICO MONTEBLANCO
C/ Montebancho, 24
28944 FUENLABRADA
Tel. 916 060 393

LEGANÉS
MEDICENTRO LEGANÉS
Avda. de la Mancha, 23-25
28912 LEGANÉS
Tel. 902 933 084

MEDICENTRO LEGANÉS
Avda. Rey Juan Carlos I, 51
28915 LEGANÉS
Tel. 916 805 821

MADRID
CLÍNICA CEMTRO
Avda. Ventisquero de la Condesa, 42
28035 MADRID
Tel. 917 355 757

HOSPITAL SAN RAFAEL
C/ Serrano, 199
28016 MADRID
Tel. 915 649 943

MAJADAHONDA
CENTRO MEDICO MAJADAHONDA
C/ Rosalía de Castro, 2
28220 MAJADAHONDA
Tel. 916 381 247

MEJORADA DEL CAMPO
CLÍNICA MEJORADA
Avda. Constitución, 22
28840 MEJORADA DEL CAMPO
Tel. 916 681 946

POZUELO DE ALARCÓN
HOSPITAL QUIRÓN
C/ Diego de Velázquez, 1
28223 POZUELO DE ALARCÓN
Tel. 902 151 016

RIVAS-VACIAMADRID
CENTRO MÉDICO LAGOS
Avda. Levante, 126
28529 RIVAS-VACIAMADRID
Tel. 916 701 018

SANCHINARRO
HOSPITAL MADRID NORTE
C/ Oña, 10
28050 SANCHINARRO
Tel. 917 567 800

TORREJÓN DE ARDOZ
CENTRO MÉDICO LA PALOMA
C/ Hilados, 9 – Locales 4-9
28850 TORREJÓN DE Ardoz
Tel. 902 998 585

TORREJÓN DE LA CALZADA

CENTRO MÉDICO ANTA

C/ Cambroneras, Local
28991 TORREJÓN DE LA CALZADA
Tel. 918 166 425

TORRELODONES

HOSPITAL MADRID TORRELODONES

Avda. Castillo de Olivares, s/n
28250 TORRELODONES
Tel. 912 675 000

NEUROCIRUGÍA

MADRID

UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA

C/ Juan Bravo, 49
28006 MADRID
Tel. 902 010 232

NEUROLOGÍA

MADRID

A. M. CLINIC

C/ Príncipe de Vergara, 53
28013 MADRID
Tel. 915 778 037

CENTRO DE ESTUDIOS NEUROLÓGICOS

C/ Colmuela, 13 – 1ºD
28001 MADRID
Tel. 915 758 845

OTORRINOLARINGOLOGÍA

MADRID

GALINDO CAMPILLO, ANTONIO NÉSTOR

C/ La Maso, 38
28034 MADRID
Tel. 913 875 000

TRAUMATOLOGÍA

MADRID

CLÍNICA VIRGEN DEL MAR

C/ Honduras, 13
28016 MADRID
Tel. 913 539 500

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.

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.

 En _____, a _____ de _____ de _____
 El Facultativo El Asegurado

(Imprescindible adjuntar Informe del Médico o Centro Hospitalario que haya prestado la asistencia y pruebas médicas realizadas si las hubiere)

Questionario 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