

PROTOCOL EN CAS DE SINISTRE

1er.- Trucada per obrir l'expedient – **OBLIGATÒRIA I IMPRESCINDIBLE**

Des d'Espanya a Chartis Europe – 902 877 498

Des de fora d'Espanya a Chartis Travel Guard – +0034 912 754 683

És important que l'accidentat anoti el seu número d'expedient per després omplir el parte.

En cas d'**urgència** l'asseguradora pagarà les factures generades les **24 hores** següents a l'accident. Després caldrà acudir a un Centre Mèdic Concertat, l'asseguradora no es farà càrrec de les factures generades després de les 24 hores posteriors als sinistre que no hagin estat autoritzades.

2on.- Omplir la "Declaració d'accident" (publicada a la web www.fceh.cat) i enviar juntament amb l'informe mèdic i les factures a:

Si l'accident ha estat a Espanya a info@canalsalud24.com

Si l'accident ha estat fora d'Espanya a medicalba@travelguard.com

Per saber quin número de pòlissa és, consulteu la pàgina 3 d'aquest manual.

(*) En el cas de llicències catalanes i estatals, la declaració d'accident haurà d'estar segellat pel club

3er.- En el cas de que el lesionat hagi d'acudir a un Centre Mèdic Concertat cal aportar :

- "Declaració d'accidents" degudament emplenada (obligatori el número d'expedient)
- DNI
- Targeta de federat

No s'atendrà a cap lesionat del que no hagi estat acceptada la visita amb anterioritat. Qualsevol prova o tractament realitzat sense l'autorització prèvia de la companyia correrà a càrrec de l'assegurat.

L'assistència serà a càrrec de les clíniques concertades presents en el quadre mèdic proposat per Chartis. No seran cobertes les assistències mèdiques en centres de la Seguretat Social o no concertats (excepte urgències vitals).

a) **MODEL DE COMUNICAT D'ACCIDENTS**

PRENEDOR DE L'ASSEGURANÇA	FEDERACIÓ CATALANA D'ESPORTS D'HIVERN	
NOMBRE DE PÓLISA (marcar amb una "X")	<input type="checkbox"/>	Llicències catalanes o estatals EA12AH1151
	<input type="checkbox"/>	TargeNeu EA12AH1152
	<input type="checkbox"/>	Multirisc EA12AH1163
NOMBRE D'EXPEDIENTE (*)	<input type="checkbox"/>	

(*)El núm. d' Expedient ha de ser facilitat a l'asseguradora telefònicament al comunicar l'accident. El telèfon del Centre d'Assistència: 902.877.498

DADES DE L'ACCIDENTAT

NOM I COGNOMS			
DNI		EDAT	
DOMICILI			
PROVINCIA I LOCALITAT		C.P.	
NUMERO DE TARGETA DE FEDERAT			

CERTIFICAT D'ACCIDENT

D. Dnya: _____ amb DNI: _____

LLOC DE L'ACCIDENT: _____

CLUB: _____

DOMICILI: _____ TELÈFON: _____

DATA DEL SINISTRE: _____

FORMA D'OCURRENCIA: _____

CENTRE SANITARI: _____

(son dues pàgines)

El perjudicat / accidentat del sinistre anteriorment descrit autoritza el tractament de les dades personals subministrades voluntàriament mitjançant el present document i l'actualització dels mateixos perquè es pugui complir el contracte d'assegurança, realitzar la valoració dels danys ocasionats en la seva persona, quantificant si s'escau la indemnització que li correspongui i el pagament de l'import de la referida indemnització. Així mateix accepta que les referides dades personals siguin cedides, exclusivament a aquelles persones o entitats la intervenció sigui necessària per al desenvolupament de les finalitats esmentades anteriorment, així com al prenedor de la pòlissa d'assegurances, i sense necessitat que li sigui comunicada cada primera cessió que s'efectuï als referits cessionaris.

Chartis EUROPE I CANAL SALUT 24 S.L. com a entitat col·laboradora assumeixen l'adopció de les mesures de seguretat d'índole tècnica i organitzativa per protegir la confidencialitat i integritat de la informació d'acord amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de tretze de desembre, de protecció de dades de caràcter personal i altra legislació aplicable i davant qui el titular de les dades pot exercir drets d'accés, rectificació i cancel·lació de les seves dades de caràcter personal subministrades, mitjançant comunicació escrita dirigida a l'entitat:

Canal Salud 24 SL a la direcció - Edifici les Rozas 23 - oficina 3 - Planta 1^a. Ctra de la Corunya Km 23.200 2823 2 Les Rozas (Madrid) a l'atenció del Departament de Relacions amb Clients o per correu electrònic a l'adreça protecciondedatos@canalsalud24.com

Signatura i segell del representant de la Federació o Club
en el cas de Llicència catalana o estatal

Signatura del Lesionat

Lloc: Avda. del Carrilet 3, edif. D, 3a planta 08902 Hospitalet de Llobregat. **Tel.** 93 415 55 44 **Fax.** 93 237 85 26

Web: www.fceh.cat **Contacte:** info@fkeh.cat

Twitter: @fkeh_cat. **Facebook:** <http://www.facebook.com/fkeh.cat>

