

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE ACCIDENTES CURSO 2023/2024

INFORMACIÓN PARA LAS AMPA 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 la AMPA, 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 una AMPA, 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: La AMPA 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 la AMPA.

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

ACTUACIONES PARA LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO POR PARTE DE LA AMPA

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

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

- Relación de alumnos asegurados.
- Datos del AMPA (CIF, denominación, dirección, municipio y datos bancarios para realizar el pago).
- Persona de contacto, teléfono y correo electrónico.

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 fgraccidentes@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 AMPA CUANDO SE FORMALICE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO:

- Certificado de la compañía aseguradora, expedido a nombre del AMPA.
- 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 AMPA) 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 AMPA.
- 2.- **Informe médico** con la descripción de las lesiones sufridas por el asegurado.
- 3.- **Pago**, se realizará por el acompañante del asegurado o la AMPA y se recogerá la factura por la atención recibida
- 4.- **Identificación**: Es necesario indicar claramente el N° 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 PROCESIMIENTOS Y CENTROS CONCERTADOS MÉDICO-HOSPITALARIOS

INGRESOS HOSPITALARIOS

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

BOADILLA DEL MONTE

HOSPITAL MADRID MONTEPRÍNCIPE

Avda. Montepríncipe, 25
28660 BOADILLA DEL MONTE
Tel. 91 708 99 00

MADRID

CLÍNICA CEMTRO

Avda. Ventisquero de la Condesa, 42
28035 MADRID
Tel. 91 735 57 57

CLÍNICA RUBER

C/ Juan Bravo, 49
28006 MADRID
Tel. 91 402 61 00

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

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

HOSPITAL MADRID SAN CHINARRO

Oña, 10
28050 MADRID
Tel. 91 756 78 00

HOSPITAL PARDO ARAVACA

La Salle, 12
28023 MADRID
Tel. 91 512 90 00

HOSPITAL SAN RAFAEL

C/ Serrano, 199
28016 MADRID
Tel. 91 564 99 43

SANATORIO SAN FRANCISCO DE ASÍS

C/ Joaquín Costa, 28
28002 MADRID
Tel. 91 561 71 00

POZUELO DE ALARCÓN

HOSPITAL QUIRÓN

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

TORRELODONES

HOSPITAL MADRID TORRELODONES

Avda. Castillo de Olivares, s/n
28250 TORRELODONES
Tel. 91 267 50 00

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

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

RADIODIAGNÓSTICO

ALCALÁ DE HENARES

HOSPITAL DE DÍA QUIRÓN ALCALÁ DE HENARES

Vía Complutense, 117 Avda.
28805 ALCALÁ DE HENARES
Tel. 91 877 57 80

ALCOBENDAS

HM LA MORALEJA

Paseo de Alcobendas, 10
28109 ALCOBENDAS
Tel. 91 650 06 12

BOADILLA DEL MONTE

HOSPITAL MADRID MONTEPRÍNCIPE

Avda. Montepríncipe, 25
28660 BOADILLA DEL MONTE
Tel. 91 708 99 00

MADRID

CENTRO CLÍNICO DE DIAGNÓSTICO

C/ Zurbano, 29 - Bajo
28010 MADRID
Tel. 91 308 47 74

CLÍNICA CEMTRO

Avda. Ventisquero de la Condesa, 42
28035 MADRID
Tel. 91 735 57 57

CLÍNICA RUBER

C/ Juan Bravo, 49
28006 MADRID
Tel. 91 402 61 00

HOSPITAL MADRID SAN CHINARRO

Oña, 10
28050 MADRID
Tel. 91 756 78 00

ARAVACA**HOSPITAL PARDO DE ARAVACA**

C/ La Salle, 12
28023 ARAVACA
Tel. 91 512 90 00

MAJADAHONDA**NUEVO CENTRO MEDICO MAJADAHONDA**

C/ Rosalía de Castro, 2
28220 MAJADAHONDA
Tel. 91 638 12 47

POZUELO DE ALARCÓN**HOSPITAL QUIRÓN MADRID**

C/ Diego de Velázquez, 1
28223 POZUELO DE ALARCÓN
Tel. 91 452 19 00

TORRELODONES**HOSPITAL MADRID TORRELODONES**

Avda. Castillo de Olivares, s/n
28250 TORRELODONES
Tel. 91 267 50 00

RESONANCIA MAGNÉTICA / TAC**ALCALÁ DE HENARES****HOSPITAL DE DÍA QUIRÓN ALCALÁ DE HENARES**

Vía Complutense, 117 Avda.
28805 ALCALÁ DE HENARES
Tel. 91 877 57 80

ALCOBENDAS**HM LA MORALEJA**

Paseo de Alcobendas, 10
28109 ALCOBENDAS
Tel. 91 650 06 12

BOADILLA DEL MONTE**HOSPITAL MADRID MONTEPRÍNCIPE**

Avda. Montepríncipe, 25
28660 BOADILLA DEL MONTE
Tel. 91 708 99 00

MADRID**CLÍNICA CEMTRO**

Avda. Ventisquero de la Condesa, 42
28035 MADRID
Tel. 91 735 57 57

CLÍNICA RUBER

C/ Juan Bravo, 49
28006 MADRID
Tel. 91 402 61 00

CLÍNICA SANTA ELENA

C/ La Granja, 8
28003 MADRID
Tel. 91 453 94 00

HOSPITAL MADRID SAN CHINARRO

Oña, 10
28050 MADRID
Tel. 91 756 78 00/902 089 700

HOSPITAL MADRID SAN CHINARRO

Oña, 10
28050 MADRID
Tel. 91 756 78 00

RESONA

C/ Españaoleto, 24
28010 MADRID
Tel. 91 308 40 88

POZUELO DE ALARCÓN**HOSPITAL QUIRÓN MADRID**

C/ Diego de Velázquez, 1
28223 POZUELO DE ALARCÓN
Tel. 91 452 19 00

TORRELODONES**HOSPITAL MADRID TORRELODONES**

Avda. Castillo de Olivares, s/n
28250 TORRELODONES
Tel. 91 267 50 00/ 902 089 700

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. 91 882 01 89

ALCOBENDAS

HM LA MORALEJA

Paseo de Alcobendas, 10
28109 ALCOBENDAS
Tel. 91 650 06 12

ALGETE

VIPRESA

C/ Nogal, 2
28110 ALGETE
Tel. 91 628 05 03

ARANJUEZ

CLÍNICA ATLAS

C/ Postas, 81
28300 Aranjuez
Tel. 91 892 53 73

ARGANDA DEL REY

CENTRO MÉDICO ARGANDA

Avda. Derechos Humanos, 12
28500 ARGANDA DEL REY
Tel. 91 875 7 566

BOADILLA DEL MONTE

HOSPITAL MADRID MONTEPRÍNCIPE

Avda. Montepíncipe, 25
28660 BOADILLA DEL MONTE
Tel. 91 708 99 00 / 902 089 800

FUENLABRADA

CENTRO MÉDICO MONTEBLANCO

C/ Montebanco, 24
28944 FUENLABRADA
Tel. 91 606 03 93

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. 902 933 084

A MADRID

CLÍNICA CEMTRO

Avda. Ventisquero de la Condesa, 42
28035 MADRID
Tel. 91 735 57 57

DEYRE DEPORTE Y REHABILITACIÓN

Av. Valladolid, 71
28008 MADRID
Tel. 91 559 11 74

HOSPITAL MADRID SAN CHINARRO

Oña, 10
28050 MADRID
Tel. 91 756 78 00

HOSPITAL PARDO ARAVACA

La Salle, 12
28023 MADRID
Tel. 91 512 90 00

HOSPITAL SAN RAFAEL

C/ Serrano, 199
28016 MADRID
Tel. 91 564 99 43

MAJADAHONDA

NUEVO CENTRO MEDICO MAJADAHONDA

C/ Rosalía de Castro, 2
28220 MAJADAHONDA
Tel. 91 638 12 47

PARLA

CENTRO MÉDICO SALUD 2000

Rio Miño, 9
28981 parla
Tel. 91 605 23 50

POZUELO DE ALARCÓN**HOSPITAL QUIRÓN**

C/ Diego de Velázquez, 1
28223 POZUELO DE ALARCÓN
Tel. 91 452 19 00

RIVAS-VACIAMADRID**CENTRO MÉDICO LAGOS**

Avda. Levante, 126
28529 RIVAS-VACIAMADRID
Tel. 91 670 10 70

TORREJÓN DE ARDOZ**CENTRO MÉDICO LA PALOMA**

C/ Hilados, 9 – Locales 4-9
28850 TORREJÓN DE ARDOZ
Tel. 902 998 585

CENTRO MÉDICO INTEGRAL HENARES

Londres, 29
28850 TORREJÓN DE ARDOZ
Tel. 91 648 75 00- 91 675 59 50

TORREJÓN DE LA CALZADA**CENTRO MÉDICO ANTA**

C/ Cambronerías, Local
28991 TORREJÓN DE LA CALZADA
Tel. 91 816 64 25

TORRELODONES**HOSPITAL MADRID TORRELODONES**

Avda. Castillo de Olivares, s/n
28250 TORRELODONES
Tel. 91 267 50 00

VALDEMORO**POLÍCLINICA EL RESTÓN**

Av. De Mar Mediterráneo, 3
28341 VALDEMORO

NEUROCIRUGÍA**MADRID****UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA**

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

NEUROLOGÍA**MADRID****A. M. CLINIC**

C/ Príncipe de Vergara, 53
28013 MADRID
Tel. 91 577 80 37

CENTRO DE ESTUDIOS NEUROLÓGICOS

C/ Colmuela, 13 – 1ºD
28001 MADRID
Tel. 91 575 88 45

OTORRINOLARINGOLOGÍA**MADRID****O.R.L DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO , S.L. DRA. MIRIAM NAVARRO CUNCHILLOS****DR. MANUEL GARCÍA SIMAL**

C/ La Maso, 38
28034 MADRID
Tel. 91 387 52 86

TRAUMATOLOGÍA**MADRID****DR. CARLOS MARTI LÓPEZ-AMOR**

C/ Juan Bravo, 49
28006 MADRID
Tel. 91 402 08 65

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)

Cuestionario 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