

Detalle del seguro de accidentes para los ALUMNOS

ASEGURADOS:

Tendrán tal condición los Alumnos del Centro Docente asegurado, que figuren debidamente inscritos en el Registro Oficial de Matrículas del Colegio.

OBJETO Y EXTENSION DEL SEGURO

Las coberturas de la póliza garantizan las consecuencias de los accidentes ocurridos en el desarrollo de las tareas docentes propias del centro asegurado y de otras actividades de caracteres lúdicos, culturales, deportivas o sociales, organizadas o autorizadas por el Centro docente que puedan realizarse tanto dentro como fuera del recinto o instalaciones del centro.

GARANTIAS:

- FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

Como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza. Las indemnizaciones por éste concepto para los asegurados menores de 14 años de edad, tendrán la consideración de Gastos de Sepelio.

- INVALIDEZ PERMANENTE BAREMO

Como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

Quedan cubiertos

- Los accidentes ocurridos durante la práctica de deportes en competiciones organizadas o autorizadas por el Centro docente, siempre y cuando no se trate de un deporte o actividad expresamente excluido de las Condiciones generales del Seguro.
- Los tirones, roturas o desgarros musculares, torceduras, esguinces, lumbalgias y hernias sufridas durante la práctica de las actividades aseguradas.
- Las lesiones que puedan sufrir los asegurados derivados de desafíos o riñas durante la participación en las actividades objeto de cobertura.

Quedan excluidos de la cobertura del seguro los accidentes que puedan sufrir los asegurados durante excursiones o viajes de duración superior a sesenta días.

ÁMBITO TERRITORIAL DEL SEGURO



- Cualquier parte del mundo, excepto en lo que respecta a la garantía de Gastos Sanitarios cuya cobertura se limita a los accidentes ocurridos dentro del territorio nacional.

ASISTENCIA SANITARIA

36
meses



Centros
Concertados

- Asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y sanatorial, en accidentes ocurridos en territorio nacional.
- Los tratamientos de rehabilitación necesarios a consecuencia de un accidente cubierto en la Póliza.

La prestación derivada de ésta garantía será efectuada por profesionales o proveedores designados por la Compañía, en caso contrario, el Asegurado asumirá a su cargo los gastos ocasionados.

ROTURA DE LAS GAFAS



hasta 150€

Gastos de reparación o reposición por los daños producidos en gafas propiedad del asegurado, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

1. El origen de la rotura debe estar en un accidente cubierto en la póliza.
2. En dicho accidente deben existir lesiones que requieran tratamiento médico.
3. La asistencia de las lesiones debe ser en Centro Concertado y en el día de ocurrencia del accidente.

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

La asistencia médica garantizada en la póliza será prestada por el Centro Médico o facultativo concertado por **MAPFRE VIDA**.

Para acceder a ella es necesario seguir los siguientes pasos:

1. Cumplimentación del Parte de Comunicación de Accidentes que deberá ser firmado y sellado por el responsable o persona de contacto del Colegio.

2. Poner en conocimiento de la Compañía aseguradora el accidente.
El accidente debe ser comunicado inmediatamente después de su ocurrencia.



91 836 61 72

3. En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Número de la póliza
- Nombre del centro docente
- Identificación del lesionado
- Fecha y hora de ocurrencia del accidente
- Breve relato sobre las circunstancias del accidente
- Descripción de las lesiones sufridas

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención **facilitará el número de expediente**, que deberá ser anotado en el encabezamiento del Parte.

4. El lesionado debe acudir al **Centro Médico** concertado aportando el “Parte de Comunicación de Accidentes” debidamente cumplimentado, en el que debe constar el número de expediente facilitado telefónicamente por la Compañía.

5. En los casos de **URGENCIA VITAL**, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo.

Una vez superada la primera asistencia de urgencia, el lesionado deberá ser trasladado a un Centro Médico Concertado para continuar su tratamiento.

DECLARACIÓN DE ACCIDENTES PARA CENTROS ESCOLARES

Nº DE POLIZA		Nº DE EXPEDIENTE	
--------------	--	------------------	--

CENTRO DOCENTE	
----------------	--

DOMICILIO	
-----------	--

DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD:
DOMICILIO:	CURSO ESCOLAR
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO:

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA	HORA:
FORMA DE OCURRENCIA / RELATO	
ATENCIÓN SANITARIA SE PRESTARÁ EN LA CLINICA “.....”	
NOMBRE DEL COMUNICANTE DEL SINIESTRO:	TELÉFONO:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS

Responsable: MAPFRE VIDA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA

Finalidades: Gestión del siniestro y contrato de seguro, prevención del fraude gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE.

Legitimación: Ejecución del Contrato

Destinatarios: Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adici

Derechos: Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicione Protección de Datos.

Información Adicional: Puede consultar la Información Adicional de Protección de Datos incluida en:

<http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPERCLIPART02301ESES02>

Mediante su firma acepta el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones indicados. En caso de facilitar datos de personas diferentes de usted, deberá informarles de los mismos. Si proporciona datos de menores de dieciséis años, deberá haber informado de dichos términos a los tutores legales del menor.

FIRMA Y SELLO

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

- 1) El centro escolar cumplimentará **en su totalidad** este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE VIDA, a través del nº **918 366 172**
- 2) El lesionado hará entrega del parte en el centro sanitario concertado como condición previa para ser atendido con cargo a la póliza. Será **requisito imprescindible** que en el mismo conste el nº de EXPEDIENTE facilitado por la compañía.
- 3) El centro sanitario deberá acompañar este impreso y el informe médico de urgencias a la factura y dirigirlo a:
MAPFRE VIDA (C.I.F.: A-28229599)
DPTO. PRESTACIONES PERSONAS
C/ LLODIO, 4 – 28034 - MADRID
- 4) La realización de intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, pruebas especiales y rehabilitación **requiere previa autorización** de la cía. que se ha de solicitar en el FAX: **91-700.30.73** o por mail: **daper.mapgen@mapfre.com**
- 5) Salvo casos de URGENCIA VITAL, la compañía no asumirá el coste de la asistencia sanitaria no prestada en el **CENTRO CONCERTADO** indicado en este parte.