

DATOS DE CONTACTO OFICINA DE APOYO Y SERVICIOS S.L

- **Oficina de Bilbao: Calle Marqués del Puerto, nº 12 3ºE.**
 - Tlf. 966117496 y 639 054 857
 - E-mail: oays@oays.eu
 - E-mail: comercial@oays.eu
 - Fax: 901021696

- **Departamento de siniestros:**
 - Mónica Fondón (técnico)
 - Iñaki Ibáñez (responsable).
 - Tlf. 688 729 116// 944046392
 - E-mail: oays@oays.eu

- **Dirección:**
 - Rubén Aguilera
 - Tlf. 688 729 100
 - E-mail: direccion@oays.eu

- **Horario de atención:**
 - a) Telefónico: **Preferible** mañanas de 9-14hs. Tardes de 16hs a 18hs. de 18hs a 20hs teleoperadora.

**PROTOCOLO ASISTENCIA SANITARIA MÉDICA FUNDACION EDUCATIVA
FRANCISCO COLL**

1) CENTROS DE ASISTENCIA

- Cubren accidentes en horas escolares, extraescolares, in-itinere, excursiones.
- Una vez sufrido el accidente el alumno será **tratado** en los **CENTROS MÉDICOS CONCERTADOS** más cercano. (Véase Anexo I)
- Los padres deberán **PEDIR SIEMPRE** los **INFORMES MÉDICOS** por si el alumno necesitara pruebas o especialistas.
- Si se acude a centro u hospital **NO CONCERTADO**, se cubren únicamente **1.500€** que deben adelantar previamente los padres o tutores legales. (Reembolso de gastos)

2) PARTE DE ACCIDENTES

- En el momento del accidente se deberá **RELLENAR** el **PARTE** de **ACCIDENTES**, **una copia** para el **centro** y **otra** para **entregar** en el centro médico **concertado**, ambas **selladas** y **firmadas**. (Véase Anexo II)

3) AUTORIZACIÓN PRUEBAS Y ESPECIALISTAS

- Si el alumno necesitara sesiones de rehabilitación, operaciones, especialistas, o pruebas diagnosticas no realizadas en la primera asistencia de urgencia, es **necesaria** previa **AUTORIZACIÓN** de la **compañía**. (Véase Anexo III).
- Cuando se trate de gafas (300€) u odontología (1.500€) previamente los padres o tutores legales deberán adelantar el pago. (Reembolso de gastos)

4) ENFERMEDAD

- **No** cubre **enfermedad** en **España**.
- Fuera de **España**, cubre **accidente** y **enfermedad** sobrevenida por el seguro de asistencia.

5) ASISTENCIA EN VIAJE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

- **Repatriación** o transporte sanitario de **heridos** o enfermos. (**España** y **Extranjero**)
- **Prolongación** de **estancia** en hotel. (**España** y **Extranjero 10 días 90€/día**)
- **Pago** o **reembolso** de **gastos médicos**, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización. (**Extranjero 12.000€, odontología 300€**)
- **Desplazamiento** y **gastos** de alojamiento para un **familiar** o acompañante por enfermedad o accidente. (**Extranjero 5 días 90€/día**).
- Robo, perdida o daños al equipaje hasta (**España** y **Extranjero 900€**)
- Responsabilidad civil privada (**Extranjero 15.000€**)

CLINICA LA COSTERA	AV. CAVALLER XIMEN DE TOVÍA, 2 XÀTIVA	96 228 70 60
HOSPITAL QUIRON	CIUDAD REAL	92 625 50 08
CAPIO POLICLÍNICA	ALCÁZAR DE SAN JUAN	92 656 72 00
FISIOTERAPIA SAMUEL ANCIA	ALCÁZAR DE SAN JUAN	65 165 93 89
CLINICA LA COSTERA	AV. CAVALLER XIMEN DE TOVÍA, 2 XÀTIVA	96 228 70 60
HOSPITAL QUIRON	SAN SEBASTIÁN	94 343 71 00
CLINICA LA COSTERA	AV. CAVALLER XIMEN DE TOVÍA, 2 XÀTIVA	96 228 70 60
SANATORIO COVADONGA	CALLE GRAL. SUÁREZ VALDÉS, 40, 33204 GIJÓN, ASTURIAS	98 536 51 22
CENTRO MÉDICO DE ASTURIAS	AV. JOSÉ MARÍA RICHARD GRANDÍO OVIEDO	98 525 03 00
HOSPITAL QUIRON	VALENCIA	96 369 06 00
HOSPITAL 9 DE OCTUBRE	VALENCIA	96 317 91 00
CENTRO MÉDICO ALBORAYA	VALENCIA	96 362 6232
IMQ	ZORROZAURRE - BILBAO	94 475 50 00
IMQ VIRGEN BLANCA	C/ MAESTRO MENDIRI, 2 BILBAO	94 412 70 11
CLINICA GUIMON	C/ MANUEL ALLENDE, 24 BILBAO	94 421 52 00
HOSPITAL QUIRON SALUD	CR Leioa-Unbe 33	90 244 55 95
NTRA SRA DE LA REGLA	LEÓN	98 783 00 83
SAN FRANCISCO	LEÓN	98 725 60 08
CLINICA SELLA	COMERCIO, 6-1ºB RIBADESELLA	98 586 14 82
HOSPITAL SAN RAFAEL	SERRANO 199 MADRID	91 564 99 43
HOSPITAL QUIRON	C/ DIEGO DE VELAZQUEZ 1 MADRID	90 215 10 16
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN	C/ SANTUARIO, 2 VALLADOLID	98 329 90 00
SANTA CRISTINA	C/ PÉREZ GALDÓS 7-9, C.P. 02003 ALBACETE	96 722 33 00
CLÍNICA MÉDICO-QUIRÚRGICA MONTPELLIER	VÍA HISPANIDAD, 37 50012 ZARAGOZA	97 676 53 00
CLÍNICA MONTECANAL	C/ FRANZ SCHUBERT, 2 50006 ZARAGOZA	87 624 18 18
CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	Pº RUISEÑORES, 20 50006 ZARAGOZA	97 627 57 00
CLÍNICA QUIRÓN	Pº MARIANO RENOVALES, S/N 50006 ZARAGOZA	97 672 00 00
CENTRO MÉDICO DE ASTURIAS	AV. JOSÉ MARÍA RICHARD GRANDÍO OVIEDO	98 525 03 00

PROTOCOLO ASISTENCIA SANITARIA MÉDICA FUNDACION EDUCATIVA FRANCISCO COLL

CENTRO MÉDICO DE ASTURIAS	AV. JOSÉ MARÍA RICHARD GRANDÍO OVIEDO	98 625 03 00
---------------------------	---------------------------------------	--------------

ANEXO I

CENTROS MÉDICOS CONCERTADOS URGENCIAS

ANEXO II DECLARACIÓN DE ACCIDENTES



Declaración de accidente

Accidentes Colectivos

Tomador (federación, club o centro escolar) _____

Nº de póliza _____ Nº de siniestro facilitado por AXA _____

Nº de colectivo _____

Datos del lesionado

Nombre _____ Apellidos _____

NIF _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____

Teléfono de contacto _____ Nº licencia/socio _____

Datos del accidente

Don/Doña _____ DNI _____

en nombre y representación del Centro Escolar, la Entidad Deportiva, Club o de la Federación arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

Lugar de ocurrencia _____

Localidad _____ Provincia _____

Fecha de ocurrencia _____ Hora _____

Descripción de los hechos _____

Lesiones _____

Atención sanitaria prestada en _____

Localidad _____ Provincia _____

Firma del lesionado _____ Firma del representante de la entidad y sello _____

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador/Asegurado queda informado y autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA Seguros Generales S.A. de Seguros y Reaseguros y el tratamiento de los mismos con la finalidad de gestionar la correspondiente solicitud de prestación. Asimismo, el Tomador/Asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato. En el caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del Tomador/Asegurado, el Tomador/Asegurado manifiesta haber informado y obtenido el consentimiento previo de aquéllas para el tratamiento de sus datos de acuerdo con las finalidades previstas en la póliza. En el caso concreto de menores de edad, si el Tomador/Asegurado no es el representante legal del menor se compromete a obtener el consentimiento expreso de éste.

El Tomador/Asegurado podrá dirigirse a AXA Seguros e Inversiones, (Departamento de Marketing - CRM), Emilio Vargas 6, 28945 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 000 o 93 366 00 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

ANEXO III DOCUMENTACIÓN

ASISTENCIA SANITARIA, PRUEBAS, ESPECIALISTAS, DENTAL Y FARMACEUTICAS.

1. Parte de accidentes cumplimentado, firmado y sellado por el colegio.
2. Informe médico donde aparezca el diagnóstico y el tratamiento de la lesión.
3. Prescripción facultativa específica donde aparezca la solicitud de prueba diagnóstica o sesiones de rehabilitación (con el número de las mismas)
4. Fotocopia por ambas caras del DNI del padre, madre o tutor legal del alumno accidentado.
5. Teléfono de contacto del padre, madre o tutor del alumno accidentado.

ROTURA DE GAFAS

1. Parte de accidentes cumplimentado, firmado y sellado por el colegio. Informe médico donde aparezca el diagnóstico y el tratamiento de la lesión. En caso de no necesitar asistencia médica indicar en el parte "contusión" "golpe"... o si ha necesitado asistencia médica.
2. Fotografía de las gafas dañadas.
3. Copia de la factura de compra de las gafas dañadas con indicación de la graduación de las lentes o informe de una óptica.
4. Copia de factura de la reposición o reparación de las gafas con indicación de la graduación de las mismas.
5. Fotocopia por ambas caras del DNI del padre, madre o tutor del alumno accidentado.
6. Fotocopia de la cartilla bancaria donde aparezca la cuenta corriente donde realizar el reembolso.

Esta documentación deberán remitirla a oays@oays.eu