

Document que ha d'emplenar obligatòriament l'assegurat per rebre assistència mèdica, en cas que es produeixi un accident, en el primer servei mèdic que es presti. S'exceptuen els casos d'urgència en el primer servei, i s'han d'emplenar en un termini de tres dies després de l'accident.

Document que ha de presentar obligatòriament l'assegurat en cas que demani un reemborsament de les despeses mèdiques de centres de lliure elecció.

Preneur de l'assegurança: FEDERACIÓ D'ENTITATS EXCURSIONISTES DE CATALUNYA		
Dades de l'assegurat		
Nom i cognoms: _____ DNI: _____		
Domicili: _____		
Club o entitat excursionista al quals pertany: _____		
Data de naixement: _____ Estic federat a la FEEC i he pagat el carnet de l'any actual: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Modalitat de carnet (*): A / B C D E Núm. de llicència: _____		
En cas de carnet temporal (*): 1 2 3 4		
Període de cobertura de carnet temporal: Del ___/___/2017 al ___/___/2017		
(*) Assenyali amb una X la modalitat que correspongui		
Informació sobre l'accident		
Data en què s'ha produït: ___/___/2017 Hora aproximada: _____ Lloc: _____		
Descriu com s'ha produït l'accident: _____		
Nom i cognoms de la persona que l'acompanyava en el moment de l'accident: _____		
Activitat esportiva que feia quan es va produir l'accident (*).		
a. Esquí de muntanya	e. Escalada	i. Espeleologia
b. Esquí alpí	f. Excursionisme / senderisme	j. Raids de muntanya
c. Barrancs	g. Bicicleta de muntanya	k. Altres
d. Alpinisme	h. Curses	
En cas que siguin "Altres", detalli l'activitat: _____		
Mode d'ocurrència: Competició Entrenament Cursos En altres circumstàncies		
En cas que siguin altres circumstàncies, detalli-les: _____		
(*) Assenyali amb una X l'activitat que correspongui		
Nom del metge: _____		
Diagnòstic: _____		

L'assegurat declara que les respostes anteriors són certes i que el sinistre declarat és la conseqüència d'un accident produït durant la pràctica esportiva en un entorn de muntanya i derivat d'una causa violenta, sobtada, externa i aliena a la intenció de l'assegurat.	Localitat i data: _____	
Localitat i data: _____	Signatura del metge: _____	
Signatura de l'assegurat: _____	Núm. de col·legiat: _____	

Pòlisses núm.: 2512700132-6 / 2512700133-4 / 2512700160-7