Federació d'Entitats Excursionistes de Catalunya
Federació Catalana d'Alpinisme i Escalada

Declaració d'accident

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.

Prenedor 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'anualitat actual: SÍ ◯ 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 ___/___/2019 al ___/___/2019

(*) Assenyali amb una X la modalitat que correspongui

Informació sobre l'accident

Data en què s'ha produït: ___/___/2019 Hora aproximada: _____ Lloc: _____

Descrigui 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 ☐
b. Esquí alpí ☐
c. Barrancs ☐
d. Alpinisme ☐
e. Escalada ☐
f. Excursionisme / senderisme ☐
g. Bicicleta de muntanya ☐
h. Curses ☐
i. Espeleologia ☐
j. Raids de muntanya ☐
k. Altres ☐

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: _____

Signatura de l'assegurat:

Localitat i data: _____

Signatura del metge:

Núm. de col·legiat: _____

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

Entitat Esportiva Certificada
QUALITAT ESPORTIVA Resolució VCP/3714/2009