



Generali  
C/ Orense, 2  
28020 Madrid  
T +34 91 330 14 00  
F +34 91 590 57 90  
general.es

ENTRADA	JUNTA DE ANDALUCÍA Consejería de Educación y Ciencia	
	FECHA 20 DIC. 2016	NUMERO 4608
	Registro General I.E.S. "GUADALPEÑA" ARCOS DE LA FRONTERA (Cádiz)	

Área de Grandes  
Prescriptores de Seguros  
Personales  
Dpto de Admistración y  
gestión  
c/ Orense, 2  
28020. Madrid

A/A Fernández Salas, Ángel  
Francisco  
I.E.S. Guadalpeña  
Francia, s/n  
11630 Arcos de la Frontera

Madrid, 2 de diciembre de 2016

Muy Sres. Nuestros,

En relación a la suscripción de una póliza de seguro de accidentes y una póliza de seguro de responsabilidad civil, que da cobertura al alumnado participante en las prácticas formativas, expediente de contratación nº 2016/00005), les adjuntamos la siguiente documentación:

- Seguros de accidentes
  - Resumen de coberturas
  - Procedimiento de actuación en caso de siniestro
  - Formulario de declaración de accidente
  
- Seguro de responsabilidad civil
  - Resumen de coberturas
  - Procedimiento de actuación en caso de siniestro
  - Formulario de declaración de siniestro

Reciban un cordial saludo.

Atentamente,





## SEGURO PARA LOS ALUMNOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL QUE REALIZAN FORMACIÓN O PRÁCTICAS FORMATIVAS EN CENTROS DE TRABAJO

### SEGURO DE ACCIDENTES (Póliza G-L7-519.000.379)

La Consejería de Educación de la Junta de Andalucía ha concertado con Generali Seguros una póliza para cubrir los accidentes que pudieran sufrir los/las asegurados/as con motivo de la realización del módulo profesional de formación en centros de trabajo, de formación profesional dual o en la formación práctica en estudios y talleres, si estos no quedan cubiertos por el Seguro Escolar Obligatorio.

El seguro cubrirá las lesiones corporales derivadas de accidentes que pudieran ocurrir fuera del área escolar durante el tiempo de realización de las prácticas formativas en empresas y la cobertura complementaria al Seguro Escolar obligatorio en las acciones contempladas a continuación:

- En el camino regular y directo hasta el centro de trabajo y vuelta.
- Durante la permanencia del/de la alumno/a en el centro de trabajo con el horario que figure en el acuerdo suscrito por la empresa y el centro docente, así como en aquellos lugares a los que se desplazara para desarrollar sus actividades formativas junto con los trabajadores de la empresa.
- Durante las visitas programadas a otras empresas que figuren contempladas en el programa formativo del alumno o alumna.

### Asistencia médica y farmacéutica derivada de accidente

La compañía reintegrará o pagará, en su caso, los gastos originados por la asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica que precise el/la asegurado/a como consecuencia de un accidente amparado en la póliza y siempre que no sean objeto de la cobertura del Seguro Escolar Obligatorio.

Indemnizaciones: La compañía aseguradora tomará a su cargo los gastos por la asistencia sanitaria del/de la asegurado/a con los límites señalados en los pliegos que rigen el contrato.

En todo caso, las indemnizaciones quedan limitadas a los gastos devengados durante los 365 días siguientes a la fecha del accidente.

La póliza cubre los Accidentes de acuerdo con las siguientes garantías y sumas aseguradas:

Garantías contratadas	Sumas aseguradas por asegurado
Fallecimiento por accidente	42.000 €
Incapacidad permanente y absoluta para los estudios ya iniciados	42.000 €
Invalidez permanente (baremo)	Hasta 42.000 €
Asistencia sanitaria	Con límite de 1.200€ en centros de libre elección por el asegurado.
	Ilimitados en centros concertados por el asegurador durante 365 días
Accidentes de circulación "in itinere": se cubre el doble capital exclusivamente para las garantías de muerte e invalidez permanente absoluta	Incluido
Las sumas aseguradas por las garantías anteriormente señaladas no serán acumulativas entre sí.	

Cobertura desde el 1 de julio de 2016 hasta su vencimiento.

Para cualquier duda o consulta llamar al teléfono 902 41 42 43



## SEGURO PARA LOS ALUMNOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL QUE REALIZAN FORMACIÓN O PRÁCTICAS FORMATIVAS EN CENTROS DE TRABAJO

### SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL (Póliza 3R-G-519.000.757)

La Consejería de Educación de la Junta de Andalucía ha concertado con Generali Seguros una póliza para cubrir la responsabilidad civil que corresponda directa, mancomunada, solidaria o subsidiariamente tanto al tomador como al asegurado y a su personal dependiente, por daños corporales, materiales y/o perjuicios económicos y sus consecuencias directas causadas por la acción y omisión a terceros (incluyendo como terceros a las empresas colaboradoras), bienes o personas, por la participación del alumnado en las prácticas formativas, o en ciclos que se impartan en la modalidad dual.

El seguro cubre los siniestros ocurridos en el ámbito territorial en el que se realicen las actividades objeto del presente contrato.

#### Garantías y sumas aseguradas:

Garantía	Capital
Responsabilidad civil por actividad	6.000.000 euros (Límite máximo por siniestro)
Defensa criminal y fianzas	Incluido

Cobertura desde el 1 de julio de 2016 hasta su vencimiento.

Para cualquier duda o consulta llamar al teléfono 902 41 42 43



## PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO DEL SEGURO DE ACCIDENTES

### **SEGURO DE ACCIDENTES (Póliza G-L7-519.000.379)**

Cuando un Asegurado (Alumnos que realicen prácticas formativas, FP Dual y Profesorado que realiza el seguimiento y tutorización) sufra un accidente cubierto por la póliza.

**Apertura del siniestro** se debe realizar por teléfono a la compañía de seguros Generali en el número 902 33 34 33, donde le solicitarán el nº póliza y una breve descripción del accidente, aperturaran el expediente y le facilitaran un número de referencia.

**En el momento del accidente**, para la visita de urgencias, en primer lugar, los asegurados deben acudir a los centros concertados con Generali, los mismos están relacionados en la Guía de Accidentes disponible en [www.generali.es](http://www.generali.es), también pueden llamar al teléfono de atención 8902 333 433 donde podrán facilitarles el centro más adecuado. En último caso los asegurados pueden acudir al Servicio de Urgencias del Hospital Público más cercano a la ocurrencia del accidente, indicando que tienen un seguro de accidentes contratado con la compañía de seguros Generali con el número de póliza G-L7-519.000.379.

Con posterioridad, para las siguientes visitas, así como la rehabilitación, la Compañía recomendará un centro de atención médica concertado en función de las lesiones sufridas, teniendo en cuenta la cercanía al domicilio del accidentado, y el tipo de asistencia que precise.

**Después de la realización de la visita de Urgencias**, se debe remitir la siguiente documentación a la compañía de seguros Generali, indicando el número de expediente facilitado por la compañía en el momento de la apertura.

- Parte de Declaración de Siniestro, con una amplia descripción de lo acontecido, indicando el nº de póliza y el nº de expediente. (Se adjunta modelo)
- Convenio de colaboración entre Empresa e Instituto.
- Informe Médico de las lesiones sufridas y diagnóstico de las mismas.
- Prescripción de visita al médico o pruebas que se deban realizar.

Dicha documentación se debe remitir al siguiente email:

[personales.vya.es@generali.com](mailto:personales.vya.es@generali.com)

La documentación solicitada tiene carácter de mínima, siendo susceptible de necesitar ser ampliada a requerimiento de la Compañía en función de las características del siniestro.

### **ATENCIÓN DE SINIESTROS**

Para cualquier duda o aclaración sobre como debe tramitarse un siniestro, pueden ponerse en contacto con Cristina Denia Pastor:

- Teléfono de Atención al Asegurado: 902 41 42 43
- Email: [cristina.denia@seguronline.com](mailto:cristina.denia@seguronline.com)

Cobertura desde el 1 de julio de 2016 hasta su vencimiento.



## PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

### *SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL (Póliza 3R-G-519.000.757)*

Cuando un Asegurado (Alumnos que realicen prácticas formativas, FP Dual y Profesorado que realiza el seguimiento y tutorización), reciba una reclamación por daños causados mientras realizaban las practicas, el Centro donde cursa sus estudios debe remitir la siguiente documentación a la compañía de seguros Generali, indicando el número de póliza:

- Carta de reclamación de la empresa donde el alumno realizaba sus prácticas, con breve descripción de cómo y cuándo ha ocurrido el siniestro y datos de contacto.
- Parte de Declaración de Siniestro, con una amplia descripción de lo acontecido, indicando el nº de póliza. (Se adjunta modelo).
- Fotocopia del Convenio de Colaboración entre la Empresa y el Centro donde conste el alumno causante de los daños.
- Valoración o presupuesto de daños ocasionados (si lo hubiera).

Dicha documentación se debe remitir al siguiente email:  
[empresas.aperturas.es@generali.com](mailto:empresas.aperturas.es@generali.com)

Para siguientes consultas, se pueden realizar a través del siguiente email:  
[empresas.rc.es@generali.com](mailto:empresas.rc.es@generali.com)

### **ATENCIÓN DE SINIESTROS**

Para cualquier duda o aclaración sobre como debe tramitarse un siniestro, pueden ponerse en contacto con Cristina Denia Pastor.

- Teléfono de Atención al Asegurado: 902 41 42 43
- Email: [cristina.denia@seguronline.com](mailto:cristina.denia@seguronline.com)

La documentación solicitada tiene carácter de mínima, siendo susceptible de necesitar ser ampliada a requerimiento de la Compañía en función de las características del siniestro.

Cobertura desde el 1 de julio de 2016 hasta su vencimiento.

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?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ¿Debe el Asegurado guardar cama o reposo domiciliario?  Sí  No  
 Indicar si impide el 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?  Sí  No ¿Desde que fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ¿Ha podido realizar al menos de forma parcial sus actividades hasta este momento?  Sí  No  
 En caso de sufrir algún tipo de invalidez describa la naturaleza y extensión de la misma: \_\_\_\_\_  
 ¿Se trata de accidente de circulación?  Sí  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



# RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

Declaración de Siniestro

**Compañía Aseguradora: Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros**

Póliza Núm.: \_\_\_\_\_

## Datos generales del siniestro:

Fecha / / Hora: Lugar:

Fecha de recepción de la primera reclamación del tercer perjudicado:

Telf. de contacto del Asegurado: Telf. de contacto para la realización del peritaje *(si procede)*:

¿Tiene el Asegurado otras pólizas con cobertura de Responsabilidad Civil?  Sí  No

En caso afirmativo, indicar la Compañía aseguradora y el número de póliza:

*Perjudicados (en caso de existir daños personales, detallar en el apartado correspondiente a daños a personas)*

Perjudicado 1:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

Perjudicado 2:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

## Descripción de causas y circunstancias del siniestro:

Descripción de lo sucedido en el siniestro

¿Cuál ha sido el hecho concreto que ha causado la ocurrencia del siniestro?

*Testigos de lo ocurrido*

Testigo 1:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

Empresa:

Teléfono:

Testigo 2:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

Empresa:

Teléfono:

¿Que otras **Empresas / Entidades** intervenían en el lugar del siniestro cuando este ocurrió?

Empresa 1:

Persona de contacto:

Dirección:

Teléfono:

Empresa 2:

Persona de contacto:

Dirección:

Teléfono:

¿Qué relación contractual tenían con el Asegurado las empresas que intervenían en el lugar del siniestro cuando éste ocurrió? *(facilitar copia de los contratos)*:

A juicio del Asegurado, ¿a quién se debería atribuir la responsabilidad del siniestro?

Se podría considerar que hay más de un causante del siniestro?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿quien mas podría ser considerado como causante del siniestro?

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

Nombre y apellidos / Empresa o Entidad:

Domicilio:

Teléfono:

## Descripción de los daños / perjuicios:

Descripción de los **daños materiales**:

Valoración aproximada:

Fecha y lugar en que pueden peritarse los daños:

¿Existen otros seguros de daños a las cosas sobre los mismos bienes?  Sí  No

En caso afirmativo, indicar la Compañía Aseguradora y el número de póliza:

Descripción de los **daños a personas**:

Victima 1:  Lesionado  Fallecido

Nombre y apellidos:

Edad:

Estado civil:

Nombre del cónyuge:

Núm. de hijos y edades:

Domicilio:

Teléfono:

Empresa:

Teléfono:

Tipo de lesiones:

Centro Sanitario en el que se halla ingresado:

¿Es empleado de la empresa asegurada?  Sí  No *(facilitar copia del TC2 o del contrato de trabajo)*

¿Es subcontratista de la empresa asegurada?  Sí  No

Victima 2:  Lesionado  Fallecido

Nombre y apellidos:

Edad:

Estado civil:

Nombre del cónyuge:

Núm. de hijos y edades:

Domicilio:

Teléfono:

Empresa:

Teléfono:

Tipo de lesiones:

Centro Sanitario en el que se halla ingresado:

¿Es empleado de la empresa asegurada?  Sí  No *(facilitar copia del TC2 o del contrato de trabajo)*

¿Es subcontratista de la empresa asegurada?  Sí  No

Descripción de los **perjuicios económicos**:

Valoración aproximada:

Fecha y lugar en que pueden peritarse los perjuicios económicos:

## Otros datos de interés:

¿Existen diligencias judiciales abiertas por este siniestro?  Sí  No

En caso afirmativo ¿en qué juzgado o localidad se han iniciado las diligencias?

¿Qué tipo de informes oficiales existen sobre lo sucedido? *(adjuntar copia de los informes disponibles)*

Atestado policial:  Sí  No

Informe de la Inspección de Trabajo:  Sí  No

Parte médico de asistencia:  Sí  No

Informe de otra autoridad competente:  Sí  No

Otro tipo de informe oficial (especificar)

Señas de la representación letrada del tercer/os perjudicado/s:

Otras circunstancias de relieve que puedan afectar al siniestro:

El Asegurado / Mediador debe acompañar a la presente declaración de siniestro toda la documentación propia, del reclamante, del tercer perjudicado y/o de organismos oficiales de que disponga, al tiempo que debe facilitar a la Compañía Aseguradora todas las informaciones complementarias y de interés que puedan tener trascendencia en la tramitación del expediente de siniestro.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El Asegurado / Mediador

