

COMUNICACIÓ D'ACCIDENTS / SINISTRES

Cal omplir aquest full sempre que en la realització de les nostres activitats, es produeixin lesions de persones (usuaris, monitors, terceres persones) o danys a coses (de terceres persones) de les quals pugui resultar responsable l'entitat. A ser possible ompliu el màxim d'informació. En el moment en què els fets són recents costa molt poc, i en el futur, pot ser de gran ajut si es deriven reclamacions o processos judicials. La llista de documentació a adjuntar, té un caràcter obert i de recordatori. No sempre es generarà tanta documentació o aquesta pot ser diferent. Ompliu sempre la descripció dels fets del full 2. Lliurar dins del termini màxim de 48 hores.

Dades de contacte: Montse Agudo magudo@fundesplai.org Dept. Jurídic de Suport Associatiu 93.551.15.45 ext 545

• ENTITAT:
• ADREÇA:
• NIF:
• RESPONSABLE DE L'ENTITAT:

• PERSONA QUE OMPLE LA FITXA:	
• RESPONSABILITAT/ FUNCIÓ:	• DATA DE LA FITXA:

• COMPANYIA ASSEGURANCES:	
• NÚM. PÒLISSA:	• TIPUS DE PÒLISSA:

• NOM DE L'ACCIDENTAT O PERJUDICAT:	
• NOM DE LA MARE O PARE (SI ES MENOR):	
• ADREÇA:	
• TELEFON:	• DNI:
• COMPTE BANCARI PER LA TRANSFERÈNCIA:	

• PERSONES IMPLICADES (NOM/ADREÇA/TELF./IMPLICACIÓ)

• LLOC DEL SINISTRE:

• DATA I HORA:
• LESIONS I/O DANYS PRODUÏTS:

• DOCUMENTACIÓ QUE S'ADJUNTA (Marcar amb una X)	
<input type="checkbox"/>	Atestat de la Policia
<input type="checkbox"/>	Denúncia
<input type="checkbox"/>	Citacions Judicials
<input type="checkbox"/>	Reclamació d'algun familiar derivada dels fets
<input type="checkbox"/>	Reclamació d'un tercer perjudicat pels fets
<input type="checkbox"/>	Informe mèdic / Hospital
<input type="checkbox"/>	Pressupost d'objectes danyats
<input type="checkbox"/>	Document d'acceptació dels fets
<input type="checkbox"/>	Factures o rebuts
<input type="checkbox"/>	Fotos
<input type="checkbox"/>	Altres (especificar)

DESCRIPCIÓ DELS FETS

SEGELL DE L'ENTITAT I NOM COMPLERT DE LA PERSONA QUE SIGNA