

(Marca con una "X" el turno solicitado)

|   |  |  |                      |               |  |            |  |  |
|---|--|--|----------------------|---------------|--|------------|--|--|
| Primer Apellido:  |  |  | Segundo Apellido:    |               |  | Nombre:    |  |  |
| Edad:   |  |  | Fecha de nacimiento: |               |  |            |  |  |
| Nombre y apellidos del Padre/responsable:                         |  |  |                      |               |  |            |  |  |
| Nombre y apellidos de la Madre/responsable:                       |  |  |                      |               |  |            |  |  |
| Dirección   |  |  |                      | Código Postal |  | Localidad: |  |  |
| Correo electrónico de contacto:                                   |  |  |                      |               |  |            |  |  |
| <b>TELEFONOS PARA LOCALIZAR A LOS PADRES DURANTE LA ACTIVIDAD</b> |  |  |                      |               |  |            |  |  |
|   |  |  |                      |               |  |            |  |  |

| <b>OBSERVACIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL PARTICIPANTE</b>   |    |    |   |    |    |
|---|----|----|---|----|----|
| ¿Sabe su hijo/a nadar?  | no | si | ¿Toma alguna medicación?  | no | si |
| ¿Padece su hijo/a alguna enfermedad, dolencia, alergia o similar?   | no | si | ¿Tiene su hijo/a alguna característica o necesidad física o psicológica que pudiera afectarle durante la actividad? | no | si |
| En caso de haber marcado algún dato de salud describa a continuación las indicaciones de actuación y observaciones: |    |    |   |    |    |
|   |    |    |   |    |    |

| <b>Documentación a aportar</b>   |   |
|--|---|
| Ficha de inscripción cumplimentada y firmada<br>Fotocopia del DNI del padre, madre o tutor legal | Fotocopia de la tarjeta sanitaria del participante<br>Declaración responsable COVID |

D./Dña.

con DNI nº

autorizo a nuestro/a hijo/a (nombre del participante)

a participar en el campamento y en sus actividades en las fechas solicitadas. Declaro responsablemente que datos consignados en la presente solicitud y en los documentos que la acompañan son ciertos y que conozco y acepto los requisitos, normas de inscripción y política de cancelación de la actividad.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

**PROTECCIÓN DE DATOS:** GUHEKO, S.L. trata la información que facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado. Los datos se conservarán mientras se mantenga la relación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. En cualquier caso podrá ejercer acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición previstos en la normativa mediante escrito dirigido a GUHEKO, S.L.

Asimismo, autorizo de manera expresa a la empresa GUHEKO a la utilización para fines promocionales de las imágenes realizadas durante la actividad en las que pudiera aparecer.

SI, doy mi consentimiento

NO, no doy mi consentimiento

Por parte del cliente

Por parte de GUHEKO SL



Fdo.

Fdo. Raúl Temprano - Gerente

## SEGURO DE ACCIDENTE EN LA ACTIVIDAD

**Nombre compañía: SURNE Tomador: GUHEKO SL Nº de póliza 20190320372449**

### RESUMEN COBERTURAS Y GARANTÍAS

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE 12.000 € - (Menores de 14 años- Gastos de Sepelio .3.005 €) , INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA 24.000 €, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (BAREMADA) 24.000 €, GASTOS DE ASISTENCIA EN CENTROS CONCERTADOS ILIMITADOS, GASTOS DE ASISTENCIA EN CENTROS DE LIBRE ELECCIÓN 12.000 €, RESCATE POR SINIESTRO 12.000 €.

### ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE

En caso de que el lesionado acuda a un CENTRO NO CONCERTADO, SURNE asumirá el coste de la atención de URGENCIA, prestada en las primeras 24 horas desde la fecha de ocurrencia del accidente y siempre que se trate de URGENCIA y se deberá aportar el informe médico correspondiente.

Se incluyen las siguientes coberturas, hasta un límite máximo de 1.000.- €:

- La Cirugía reparadora y estética, Las reparaciones, reconstrucciones o reposiciones dentales, Las prótesis internas y externas, así como los aparatos ortopédicos, Atención por equipos médicos y especiales de emergencia y urgencia. Sin embargo, los gastos de traslados en los que intervengan equipos de rescate o salvamento, quedarán cubiertos únicamente hasta el límite indicado en el apartado correspondiente

- El suministro de medicamentos en régimen de interno, o el pago de sus costes cuando no sea requerida la hospitalización.

- Los gastos de ambulancia y de traslado a Centro Hospitalario, diferente al primer traslado de Urgencia.

Se incluye cobertura de gastos por rescate y salvamento y traslado hasta un máximo de 12.000,- €: en régimen de reembolso:

- Los gastos de traslado del herido, en ambulancia o equipo de emergencias, u otros, hasta el Centro Hospitalario o de Urgencias más cercano.

- Los gastos del herido por la utilización del medio de transporte más idóneo para seguir el tratamiento más adecuado, a criterio del médico o equipo que le atienda, hasta el Centro Hospitalario prescrito, su domicilio habitual en España o lugar de inicio del viaje y/o actividades.

- Siempre dentro del ámbito territorial de cobertura y hasta la suma asegurada, se podrá incluso utilizar un avión sanitario especialmente acondicionado para este fin.

- En caso de defunción del Asegurado, la Compañía Aseguradora se hará cargo de la organización y traslado del cuerpo hasta el lugar de inhumación en España. Se hará cargo de los gastos del mismo, incluyendo los de acondicionamiento post-mortem, conforme a la legalidad vigente.