

**Nº EXPTE:**

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES COLECTIVOS**

Nº de póliza:	Nº de Licencia de Federado (si procede):
Federación/ Tomador:	

DATOS DEL LESIONADO	
NOMBRE: _____	APELLIDOS: _____
DOMICILIO: _____	C.P.: _____ E-MAIL: _____
POBLACIÓN: _____	
PROVINCIA: _____	
NIF: _____	TELÉFONO: _____ FECHA NACIMIENTO/EDAD: _____
CLUB: _____	CATEGORÍA: _____
¿TIENE EL CONTRATANTE O LESIONADO ALGUNA OTRA PÓLIZA DE SEGURO QUE GARANTICE ESTE ACCIDENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COMPAÑÍA: _____	

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE
FECHA: __/__/____ HORA: _____
LUGAR o INSTALACIÓN DEPORTIVA (detallar): _____
TIPO DE EVENTO competición / entrenamiento / otros (detallar): _____
DESCRIPCIÓN y CAUSAS DEL ACCIDENTE: _____
_____
_____
_____
DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN (detallar) _____
_____
_____

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE
YO, DON/DOÑA _____, con DNI: _____ en calidad de _____ del _____, CERTIFICO que el asegurado pertenece al colectivo asegurado y que los daños corporales sufridos por _____ con DNI: _____ han tenido lugar durante el transcurso de _____ en la fecha _____ y en su presencia.
El firmante de esta declaración responde de la veracidad de la misma y es consciente de las consecuencias que puede constituir su falsedad.
<b>Firma del DECLARANTE y DNI</b>
<b>Vº Bº y sello</b>
En _____, a _____ de _____ de _____

Los datos incluidos en este formulario y los relativos a la asistencia sanitaria recibida serán tratados por PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social (PREBAL) para la gestión y control de las coberturas o garantías de las que el paciente es beneficiario. La base jurídica del tratamiento la constituye el contrato de seguro existente. Sólo comunicaremos sus datos por obligación legal o cuando sea necesario para la ejecución del contrato que le vincula con la entidad. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos como se explica en la información adicional, que puede consultar en el enlace "Política privacidad seguros", que figura a la izquierda del pie de página de nuestra web [www.prebal.es](http://www.prebal.es).

<p><b>Recuerde:</b></p> <p>Debe llamar al 902 09 15 57</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando tenga un accidente para que autoricemos la Asistencia de Urgencias y le indiquemos el Centro Sanitario más adecuado para atenderle.</li> <li>• Si precisa asistencias posteriores, debe solicitar autorización de las mismas y le indicaremos el Centro Sanitario al que debe acudir.</li> </ul> <p>Debe enviar al fax 91 781 37 98 o al email <a href="mailto:prebalaccidentes.autorizaciones@hna.es">prebalaccidentes.autorizaciones@hna.es</a> este Parte de Accidente en un plazo máximo de 48hs., así como el informe médico emitido por el facultativo. En caso de que el accidente se haya producido durante una competición, se adjuntará, además, el Acta Arbitral</p>
--