

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

Tel Gestor Sanitario 981 94 11 11

Nº EXPTE:

Nº de póliza:	
Tomador:	

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
 DOMICILIO: _____ C.P.: _____
 POBLACIÓN: _____ PROVINCIA: _____
 E-MAIL: _____
 NIF: _____ TELÉFONO: _____ FECHA NACIMIENTO: _____
 CLUB: _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

FECHA: ____/____/____ HORA: _____
 LUGAR o INSTALACIÓN DEPORTIVA (detallar): _____
 TIPO DE EVENTO (detallar): _____
 DESCRIPCIÓN y CAUSAS DEL ACCIDENTE _____

DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN (detallar) _____

TESTIGOS DEL SINIESTRO (nombre, teléfono): _____

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.

El lesionado declara asimismo que no ha tenido ninguna lesión pasada en la región anatómica accidentada

Firma del DECLARANTE y DNI

Firma Testigo o juez prueba

Vº Bº y sello

En _____, a _____ de _____ de _____

Los datos incluidos en este formulario y los relativos a la asistencia sanitaria recibida serán tratados por PREVISIÓN BALEAR, Mutuality de Previsión Social, para la gestión y control de las coberturas o garantías de las que el asegurado 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, suprimir, oponerse al tratamiento, limitarlo o solicitar la portabilidad de sus datos personales, como se explica en nuestra política de privacidad de seguros que puede consultar en el "Área de Privacidad" de nuestra página web www.prebal.es

Recuerde: Debe llamar al **981 94 11 11**

Cuando tenga un accidente para que autorizamos la Asistencia de Urgencias y le indiquemos el Centro Sanitario más adecuado para atenderle.

Si precisa asistencias posteriores, debe solicitar autorización de las mismas y le indicaremos el Centro Sanitario al que debe acudir.

No se autorizará ninguna actuación sanitaria que no haya sido gestionada a través de Gerosalud.

Debe enviar al email siniestros@gerosalud.es este parte de accidente en un plazo máximo de 72h, así como el informe médico emitido por el facultativo, tras las cuales quedará fuera de cobertura. En caso de que el accidente se haya producido durante una competición, se adjuntará, además, el Acta Arbitral. **Si ha sido en entrenamiento oficial se requerirá la firma y sello del Club y la federación.** No se cubren asistencias derivadas de accidentes en salidas de ocio o desplazamientos que no sean competiciones oficiales o entrenamientos para las mismas.