

PARTE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES COLECTIVOS

DATOS DE LA POLÍZA

Tomador: FEDERACIÓN BALEAR DE NATACIÓN

Núm. Póliza: 4020017443-0

DATOS DEL LEGIONADO

Nombre y apellidos:

Domicilio:

Población:

E-mail:

DNI:

Fecha nacimiento:

C.P.:

Teléfono:

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha:

Hora:

Lugar (detallar):

Descripción y causas del accidente:

Daños sufridos/lesión (detallar):

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

DON/DOÑA: _____ con DNI nº: _____, en calidad de _____ CERTIFICO que el asegurado pertenece al colectivo asegurado y que el accidente que ha sufrido ha tenido lugar durante el transcurso de (actividad) _____, en mi presencia y en la fecha anteriormente reseñada.

El firmante de esta declaración responde de la veracidad de la misma y es consciente de las consecuencias que puede constituir su falsedad.

Firma del DECLARANTE

VºBº y sello

En _____, a _____ de _____ de _____

**SE RUEGA NO ACUDAN A LOS HOSPITALES PÚBLICOS DEL IB SALUT
LAS ASISTENCIAS PRESTADAS EN CENTROS PÚBLICOS SERÁN FACTURADAS A LOS ASEGURADOS**

Relación de centros concertados		
CLÍNICA ROTGER Calle Santiago Rusiñol, 9 – Palma 971 448 500	HOSPITAL QUIRÓNSALUD PALMAPLANAS Camí dels Reis, 308 – Palma 971 918 000	HOSPITAL CLÍNIC BALEAR Passeig l'Arbreda, s/n – Son Verí Nou 971 443 030
Cuadro médico Clinic Balear		
CB INCA C/ Gran Vía Colón, 201 971 88 30 30 / 971 46 62 62 HORARIO: LUN-VIE: 08:00h - 21:00h SAB: 09:00h - 14:30h	CB MANACOR C/ Rambla Rei En Jaume, 33 971 55 60 00 / 971 46 62 62 HORARIO: LUN-VIE: 08:00h - 13:30h y 16:00h - 20:00h	CB PALMANOVA (Calvià) C/ Córdoba, s/n 971 68 20 20 / 971 46 62 62 HORARIO: LUN-VIE: 08:00h - 13:30h y 16:00h - 20:00h
CB CAMPOS C/ Manacor, 25 971 65 19 99 / 971 46 62 62 HORARIO: LUN-VIE: 08:00h - 13:00h y 15:00h - 20:00h	CB SÓLLER C/ de Sa Mar, 163 971 63 43 33 / 971 46 62 62 HORARIO: LUN-VIE: 08:00h-13:30h y 16:00h-20:00h	CB ARENAL C/ Salud, 34 971 44 11 66 / 971 46 62 62 HORARIO: MAR. Y JUE.: 08:00h - 13:30h y 18:00 - 20:00h

Los datos incluidos en este formulario y los relativos a la asistencia sanitaria recibida serán tratados por PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social 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 <https://www.previes.es/es/privacidad/privacidad-previes-seguros/>, que figura al pie de página de nuestra web www.previes.es

Enviar dicho documento debidamente firmado y cumplimentado a sigres@previes.es

FEDERACIÓN BALEAR DE NATACIÓN

PISCINAS MUNICIPALES DE SON HUGO
C/ Concordia s/n - 07004 Palma de Mallorca