

## PARTE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES COLECTIVOS

### DATOS DE LA PÓLIZA

Tomador: **FEDERACIÓN BALEAR DE NATACIÓN**

Núm. Póliza: **4020017443-0**

### DATOS DEL LESIONADO

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

**POLICLÍNICA JUANEDA MIRAMAR**  
Camí de la Vileta, 30 - Palma  
971 76 70 00

**HOSPITAL GENERAL DE MURO**  
C/ Veler s/n - Platja de Muro  
971 89 19 00

**POLICLÍNICA VIRGEN DE GRACIA**  
Avda. Vives Llull, 6 - Maó  
971 35 11 15

**CLÍNICA MENORCA**  
C/ Canonge Moll, s/n - Ciutadella  
971 48 05 05

**POLICLÍNICA VIRGEN DEL ROSARIO**  
C/ Vía Romana, s/n - Eivissa  
971 30 19 16

#### Centros de Urgencias

**JUANEDA SANTA PONS**  
L-V: 9:00-13:00 16:00-20:00  
Sábados: 9:00-13:00  
Puig del Teix, 4 - Santa Ponsa  
971 69 00 47

**HOSPITAL DE LLEVANT**  
Carrer de l'Escamarià, 6  
07680 - Porto Cristo  
971 82 24 00

**EUROSAM**  
Ctra. Port des Torrent S/N  
Sant Josep (Eivissa)  
971 34 40 02

**CENTRO MEDICO SANTA EULALIA**  
Avda. Ricardo Curtios Gotarredona,  
Santa Eulalia (Eivissa)  
971 33 23 00

**JUANEDA INCA**  
L-V: 8:00-20:00  
Gran Vía Colón, 48 Inca  
971 50 77 77

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 política de privacidad de seguros, que puede consultar en el enlace <https://www.previs.es/privacidad/previs-seguros/>.

**FEDERACIÓN BALEAR DE NATACIÓN**  
**PISCINAS MUNICIPALES DE SON HUGO**  
C/ Concorde s/n - 07004 - Palma de Mallorca

Enviar dicho documento debidamente firmado y cumplimentado a [siniestros@previs.es](mailto:siniestros@previs.es)