

PARTE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES COLECTIVOS

DATOS DE LA PÓLIZA

Tomador: **FEDERACIÓN BALEAR DE NATACIÓN**

Núm. Póliza: **4020001936-0**

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: **JUAN CARLOS GREGORIO SIMONET** con DNI nº: **18236051H**, en calidad de **PRESIDENTE DEL MALLORCA WPC** CERTIFICO que el asegurado pertenece al colectivo asegurado y que el accidente que ha sufrido ha tenido lugar durante el transcurso de (actividad) **ENTRENAMIENTO / PARTIDO DE WATERPOLO**, 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		
CLINICA ROTGER Calle Santiago Rusiñol, 9 - Palma 971 448 500	HOSPITAL QUIRONSALUD PALMAPLANAS Cami dels Reis, 308 - Palma 971 918 000	HOSPITAL CLINIC BALEAR Passeig l'Arbreda, s/n - Son Verí Nou 971 443 030
Cuadro médico Clínic 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.previs.es/es/privacidad/privacidad-previs-seguros/>, que figura al pie de página de nuestra web www.previs.es

Enviar dicho documento debidamente firmado y cumplimentado a siniestros@previs.es

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