

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

Tel Gestor Sanitario 981 94 11 11

Nº EXPTE:

Nº de póliza:	4020011987
Tomador: FEDERACIÓN GALEGA DE TENIS	

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, 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/es/privacidad/privacidad-previs-seguros/>.

<p>Recuerde: Debe llamar al 981 94 11 11</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Cuando tenga un accidente para que autoricemos la Asistencia de Urgencias y le indiquemos el Centro Sanitario más adecuado para atenderle.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Si precisa asistencias posteriores, debe solicitar autorización de las mismas y le indicaremos el Centro Sanitario al que debe acudir.</p> <p>No se autorizará ninguna actuación sanitaria que no haya sido gestionada a través de Gerosalud.</p> <p>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.</p>
--