

**ISTRIPU KOLEKTIBOEN JAKINARAZPENAREN PARTEA  
PARTE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES COLECTIVOS****POLIZAREN DATUAK/ DATOS DE LA PÓLIZA**

Hartzailea/ Tomador:

Poliza zenb./ Núm. Póliza: 4020017341-0

**LESIONATUAREN DATUAK / DATOS DEL LESIONADO**

Izena eta abizenak/ Nombre y apellidos:

NAN/ DNI:

Helbidea/ Domicilio:

Herria/ Población:

E-mail:

Ikastetxea/ Centro escolar:

Kluba/ Club:

Jaiotze data/ Fecha nacimiento:

C.P.:

Telf.:

Eskola kiroleko kodea/ Código. deporte escolar:

Kategoria/ Categoría:

**ISTRIPUAREN DESKRIBAPENA/ DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE**

Data/ Fecha:

Ordua/ Hora:

Kokaleku edo instalakuntza zehaztu/ Lugar o instalación deportiva (detallar):

Jarduera mota (lehiaketa/entrenamiento/bestelakoa) / Tipo de evento (competición/entrenamiento/otros)  
Zehaztu/ Detallar:

Xehetasunak eta istripuaren arrazoak/ Descripción y causas del accidente:

Jasandako kalteak/lesioak (zehaztu)/ Daños sufridos/lesión (detallar):

**ISTRIPUAREN ZIURTAGIRIA/ CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**

A, NAN zk.:\_\_\_\_\_

JAUNA/ANDRE

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.ZIURTAGIRI  
gisa, aseguratua aseguratutako taldekoa dela  
eta\_\_\_\_\_  
jardueran gertatu dela istripua, nire aurrean eta  
lehen aipatutako egunean.Adierazpen honen sinatzaileak egiazkotasunaren  
erantzukizuna du, eta badaki zer ondorio ekar  
ditzakeen faltsutasunak.El firmante de esta declaración responde de la  
veracidad de la misma y es consciente de las  
consecuencias que puede constituir su falsedad.

ONIRITZI ADIERAZLEAREN sinadura eta zigilua

Firma y sello del VºBº del DECLARANTE

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## GOGORATU/ RECUERDE

913 840 330 telefonora deitu behar duzu:

- Geroko asistentziak (errehabilitazioa, protesia) behar baditzu, horien baimena eskatu behar duzu eta zer osasun-zerbitzutara joan behar zaren adieraziko zaizu.

Istripu-partea gehienez ere 48 orduko epean bidali behar duzu [previsentes.autorizaciones@hna.es](mailto:previsentes.autorizaciones@hna.es) helbide elektronikora, baita medikuak emandako txosten medikoa ere.

Debe llamar al 913 840 330:

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

Debe enviar al email [previsaccidentes.autorizaciones@hna.es](mailto:previsaccidentes.autorizaciones@hna.es) este Parte de Accidente en un plazo máximo de 48hs., así como el informe médico emitido por el facultativo

Formulario honetan jasotako datuak eta jasotako osasun-laguntzari buruzkoak BALEAR UHARTEETAKO AURREIKUSPENAK tratatuko ditu, Gizarte Aurreikuspeneko Mutualitateak, pacientea onuradun den estaldura edo bermeak kudeatu eta kontrolatzeko. Tratamenduaren oinarri jurídicoa lehendik dagoen aseguru-kontratua da. Legez behartuta edo erakundearekin lotzen duen kontratua gauzatzeko beharrezkoa denean soilik komunikatuko ditugu zure datuak. Datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta supri mir egiteko eskubidea du, baita beste eskubide batzuk ere, aseguruen pribatasun-politikan azaltzen den bezala. Politika hori <https://www.previs.es/es/privacidad/privacidad-previs-seguros/estekan-kontsulta-daiteke>

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/>.