

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:

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

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

Xehetasunak eta istripuaren arrazoiak/ Descripción y causas del accidente:

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

ISTRIPUAREN ZIURTAGIRIA/ CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

_____, JAUNA/ANDRE
A, NAN zk.: _____
_____, ZIURTAGIRI
gisa, aseguraturua aseguraturutako taldekoa dela
eta _____
jardueran gertatu dela istripua, nire aurrean eta
lehen aipaturutako egunean.

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.

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 badituzu, 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 helbide elektronikora, baita medikuak emandako txosten medikoa ere.

Debe llamar al 913 840 330:

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

Debe enviar al email 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, pazientea onuradun den estaldura edo bermeak kudeatu eta kontrolatzeko. Tratamenduaren oinarri juridikoa 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, aseguruaren pribatutasun-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 supri mir 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/>.