

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES COLECTIVOS**


Nº de PÓLIZA 4020001936-0 | TOMADOR: FEDERACION BALEAR DE NATACION

**DATOS DEL LESIONADO**  
 NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ POBLACIÓN: \_\_\_\_\_  
 PROVINCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO/EDAD: \_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE**  
 FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
 LUGAR(detallar): \_\_\_\_\_  
 DESCRIPCIÓN Y CAUSAS DEL ACCIDENTE: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 DAÑOS SUFRIDOS/LESIÓN (detallar): \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**  
 YO, DON/DOÑA: \_\_\_\_\_  
 con DNI nº: \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ CERTIFICO que el asegurado pertenece al colectivo asegurado y que el accidente que ha sufrido han tenido lugar durante el transcurso de \_\_\_\_\_ en la fecha anteriormente reseñada 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.

Firma del DECLARANTE y DNI \_\_\_\_\_

  
**FEDERACIÓN BALEAR DE NATACION**  
 VSBP y selp  
**PISCINAS MUNICIPALES DE SON HUGO**  
 C/ Concordia s/n - 07004 - Palma de Mallorca

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

**Relación de centros concertados.**

<b>CLINICA ROTGER</b> Calle Santiago Rusiñol, 9 – Palma 971 448 500	<b>HOSPITAL QUIRÓNSALUD PALMAPLANAS</b> Camí dels Reis, 308 – Palma 971 918 000	<b>HOSPITAL CLINIC BALEAR</b> Passeig' Arbreda, s/n – Son Verí Nou 971 443 030
---	---	--

**Cuadro médico Clinic Balear: .**

<b>CB INCA</b> C/ Gran Vía Colón, 201 971 88 30 30 / 971 46 62 62 HORARIO: Lunes a sábado: 08:00h - 21:00h	<b>CB MANACOR</b> C/ Rambla Rei En Jaume, 33 971 55 60 00 / 971 46 62 62 HORARIO: Lunes a viernes: 08:00h - 21:00h Sábado: 08:00h - 13:00h	<b>CB PALMANOVA (Calvià)</b> C/ Córdoba, s/n 971 68 20 20 / 971 46 62 62 HORARIO: Lunes a viernes: 08:00h - 21:00h Sábado: 09:00h - 13:00h
<b>CB CAMPOS</b> C/ Manacor, 25 971 65 19 99 / 971 46 62 62 HORARIO: Lunes a viernes: 08:30h - 21:00h Sábado: 09:00h - 13:00h	<b>CB SÓLLER</b> C/ de Sa Mar, 163 971 63 43 33 / 971 46 62 62 HORARIO: Lunes a viernes: 08:30h - 14:00h y 16:00h - 20:00h Sábado: 09:00h - 13:00h	<b>CB ARENAL</b> C/ Salud, 34 971 44 11 66 / 971 46 62 62 HORARIO: Lunes a viernes: 08:30h - 21:00h Sábado: 08:00h - 14:30h
<b>CB IBIZA</b> Avda. España, 61 971 39 32 32 / 971 46 62 62 HORARIO: Lunes a viernes: 08:00h - 13:30h y 17:00h - 20:00h	<b>CB MENORCA (Ciutadella)</b> C/ Josepa Rossinyol, 7 971 48 20 20 HORARIO: Lunes a viernes: 08:00h - 12:00h	

**SE RUEGA NO ACUDAN A LOS HOSPITALES PÚBLICOS DEL IB-SALUT.**

**LAS ASISTENCIAS PRESTADAS EN CENTROS PÚBLICOS SERÁN FACTURADAS A LOS ASEGURADOS**

Los datos incluidos en este formulario y los relativos a la asistencia sanitaria recibida serán tratados por PREVISIÓN BALEAR, Mutualidad de Previsión Social (PREBAL) 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 "Política privacidad seguros", que figura a la izquierda del pie de página de nuestra web [www.prebal.es](http://www.prebal.es)