

Móvil: 660194998

PARTE DE LESIONES

Contactar al teléfono: 660 194 998

NOMBRE Y APELLIDOS _____

DNI: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ CLUB: _____

DOMICILIO: _____

C.P. _____ POBLACIÓN _____ TELÉFONO _____

INFORMACIÓN DEPORTIVA:

CATEGORÍA DEPORTISTA:

SENIORS STAFF SUB

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA FICHA FEDERATIVA Y DNI DEL LESIONADO.

PARTE DE LESIONES:

¿DÓNDE OCURRIÓ? PARTIDO / ENTRENAMIENTO / OTROS _____

¿CÓMO OCURRIÓ? _____

¿ESTA RELACIONADO CON UNA LESIÓN ANTERIOR DEL MISMO TIPO Y LUGAR? SI NO

DATOS DEL RESPONSABLE DEL EQUIPO

PARTE CON FECHA _____ D.N.I DEL RESPONSABLE DEL EQUIPO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL EQUIPO: _____

MARQUE CON UNA CRUZ EN EL CENTRO AUTORIZADO QUE SE ENCUENTRA:

<input type="checkbox"/> PALMA - POLICLINICA MIRAMAR	<input type="checkbox"/> PALMA - QUIRON PALMA PLANAS	<input type="checkbox"/> FORMENTERA - HOSPITAL FORMENTERA
<input type="checkbox"/> MURO - HOSPITAL DE MURO	<input type="checkbox"/> CIUTADELLA – JUANEDA MENORCA	<input type="checkbox"/> MANACOR – HOSPITAL DE LLEVANT
<input type="checkbox"/> IBIZA – CLINICA 180 GRADOS	<input type="checkbox"/> IBIZA – HOSPITAL CAN MISSES	<input type="checkbox"/> MAHÓ – POL. VIRGEN DE GRACIA
		<input type="checkbox"/> IBIZA-SANT ANTONI – GALENO CLINIC

(Hospital Can Mises sólo de Lunes a Viernes a partir de las 20:00h; Sábados a partir de las 23:00h y Domingos a partir de las 14:00h)

El Federado no podrá realizar deporte mientras no obtenga de COTRA MEDICAL EL ALTA (telf.: 660 194 998). De hacerlo, recaerá bajo su responsabilidad y el seguro deportivo no se hará cargo de las consecuencias de una lesión posterior.

Firma del lesionado o representante legal*

Firma y sello del Club

(*Menores de 14 años, requiere la firma del representante legal del lesionado)

El sujeto del siniestro autoriza expresamente a COTRA MEDICAL y a MUTUACAT, como responsables del fichero, el almacenamiento uso y tratamiento, de los datos personales suministrados y aquellos que se deriven de la asistencia prestada, incluidos datos de salud, con la finalidad de dar cumplimiento al contrato de seguro; valoración de daños, cuantificación y pago de indemnizaciones, prevenir el fraude; y la asistencia sanitaria derivada del citado contrato.

Asimismo, consiente que dichos datos, incluidos datos de salud, sean cedidos, exclusivamente a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionados.

Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a COTRA MEDICAL en la dirección especificada en el encabezado del presente documento, aportando copia del documento que le identifique.

INFORME MÉDICO DE ASISTENCIA (A rellenar por el centro asistencial, a no ser que emita su propia uniforme, en cuyo caso deberá adjuntar copia del mismo)

ASISTENCIA PRESTADA POR Dr./Dra: _____ FECHA ASISTENCIA: _____

BAJA DEPORTIVA: SI NO BAJA LABORAL: SI NO ALTA VOLUNTARIA (adjuntar modelo de alta voluntaria)

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: RX RM TC ECO OTROS

DIAGNÓSTICO _____

TRATAMIENTO _____

OBSERVACIONES _____

Firma doctor/doctora y sello