

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 APELIDOS 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

La presentación de este parte de lesiones es imprescindible para la correcta tramitación del accidente deportivo. La NO presentación del mismo en 24 horas (lunes fines de semana) supondrá la NO aceptación del mismo como tal y por tanto la NO cobertura sanitaria por el convenio firmado entre la Delegación Balear de Handbol y Mutuacat.