

## PARTE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES COLECTIVOS

## DATOS DE LA PÓLIZA

Tomador:

Núm. Póliza:

## DATOS DEL LESIONADO

Nombre y apellidos:

Domicilio:

Población:

E-mail:

DNI:

Fecha nacimiento:

C.P.:

Teléfono:

## DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha:

Hora:

Lugar (detallar):

Descripción y causas del accidente:

Daños sufridos/lesión (detallar):

## CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

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.

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

VºBº y sello

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

**SE RUEGA NO ACUDAN A LOS HOSPITALES PÚBLICOS DEL IB SALUT  
LAS ASISTENCIAS PRESTADAS EN CENTROS PÚBLICOS SERÁN FACTURADAS A LOS ASEGURADOS**

| Relación de centros concertados                                                                                                    |                                                                                                |                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>POLICLÍNICA JUANEDA MIRAMAR</b><br>Camí de la Vileta, 30 – Palma<br>971 76 70 00                                                | <b>HOSPITAL GENERAL DE MURO</b><br>C/ Veler s/n – Platja de Muro<br>971 89 19 00               | <b>POLICLÍNICA VIRGEN DE GRACIA</b><br>Avda. Vives Llull, 6 – Maó<br>971 35 11 15                                   |
| <b>JUANEDA CIUTADELLA</b><br>Camí de Sa Caleta, s/n – Ciutadella<br>971 48 05 05                                                   | <b>POLICLÍNICA VIRGEN DEL ROSARIO</b><br>C/ Vía Romana, s/n – Eivissa<br>971 30 23 54          |                                                                                                                     |
| Centros de Urgencias                                                                                                               |                                                                                                |                                                                                                                     |
| <b>JUANEDA SANTA PONSÀ</b><br>L-V: 9:00-13:00 16:00-20:00<br>Sábados: 9:00-13:00<br>Puig del Teix, 4 – Santa Ponsa<br>971 69 00 47 | <b>HOSPITAL DE LLEVANT</b><br>Carrer de l'Escamarià, 6<br>07680 – Porto Cristo<br>971 82 24 00 | <b>CENTRO MEDICO SANTA EULALIA</b><br>Avda. Ricardo Curtoys Gotarredona,<br>Santa Eulalia (Eivissa)<br>650 86 66 76 |
| <b>JUANEDA INCA</b><br>L-V:8:00-20:00<br>Gran Vía Colón, 48 Inca<br>971 50 77 77                                                   |                                                                                                |                                                                                                                     |

Los datos incluidos en este formulario y los relativos a la asistencia sanitaria recibida serán tratados por PREVISIÓN BALEAR, Mutuallitat de Previsió 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/>.

Enviar dicho documento debidamente firmado y cumplimentado a [siniestros@previs.es](mailto:siniestros@previs.es)