

VOLANTE DE ACCIDENTE

VÁLIDO SÓLO PARA CENTROS CONCERTADOS

A rellenar por el tomador y el asegurado

Mutualista <input type="checkbox"/> FEDERACIÓN DE _____ Club: _____ Categoría: _____ <input type="checkbox"/> COLEGIO _____ Curso: _____ <input type="checkbox"/> OTROS _____	Firma y sello del contratante
Accidentado _____ Teléfono _____ Fecha del accidente _____ Hora _____ Día de la semana _____ Causa del accidente _____ Lugar del accidente _____	

A rellenar por el centro asistencial, a no ser que emita su propio Informe de asistencia, en cuyo caso deberá adjuntar copia del mismo con este volante.

Fecha de la primera asistencia _____ Exploraciones realizadas _____ <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RM Los TAC y RM se solicitarán a través del correspondiente volante de solicitud de prueba. Origen de la dolencia <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Lesión anterior <input type="checkbox"/> Accidente Diagnóstico completo _____ _____ Tratamiento a seguir _____ _____ ¿La lesión implica hospitalización/intervención quirúrgica? Especificar: <input type="checkbox"/> Sí _____ <input type="checkbox"/> No	Firma del médico Dr. _____
---	---

SE RUEGA NO ACUDAN A LOS HOSPITALES PÚBLICOS DEL IB-SALUT.
LAS ASISTENCIAS PRESTADAS EN CENTROS PÚBLICOS SERÁN FACTURADAS A LOS ASEGURADOS
 CENTROS CONCERTADOS 24 HORAS

POLICLÍNICA MIRAMAR

Camí de la Vileta, 30 - PALMA
Telf. 971 76 70 00

HOSPITAL GENERAL DE MURO

C/Veler, s/n - PLATJA DE MURO
Telf. 971 89 19 00

POLICLÍNICA VIRGEN DE GRACIA

Avda. Vives Llull, 6 - MAÓ
Telf. 971 35 11 15

CLÍNICA MENORCA

C/ Canonge Moll, s/n - CIUTADELLA
Telf. 971 48 05 05

POLICLÍNICA VIRGEN DEL ROSARIO

C/ Via Romana, s/n - EIVISSA
Telf. 971 30 19 16

AVISO PARA PARTES DE SINIESTRO / ACCIDENTE L.O. 15/1999 (LOPD): Con la firma del presente documento, Usted autoriza al centro asistencial para la comunicación de sus datos personales, incluidos los datos de salud referidos a la asistencia sanitaria recibida, a **PREVISIÓN BALEAR, MPS**, siendo incorporados a un fichero responsabilidad de la misma, para la gestión y control de las coberturas o garantías de las que usted es beneficiario. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito acompañado de una copia de su D.N.I. y remitido a la dirección del encabezado.

VOLANTE DE ACCIDENTE

VÁLIDO SÓLO PARA CENTROS CONCERTADOS

A rellenar por el tomador y el asegurado

Mutualista <input type="checkbox"/> FEDERACIÓN DE _____ Club: _____ Categoría: _____ <input type="checkbox"/> COLEGIO _____ Curso: _____ <input type="checkbox"/> OTROS _____	Firma y sello del contratante
Accidentado _____ Teléfono _____ Fecha del accidente _____ Hora _____ Día de la semana _____ Causa del accidente _____ Lugar del accidente _____	

A rellenar por el centro asistencial, a no ser que emita su propio Informe de asistencia, en cuyo caso deberá adjuntar copia del mismo con este volante.

Fecha de la primera asistencia _____ Exploraciones realizadas _____ <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RM Los TAC y RM se solicitarán a través del correspondiente volante de solicitud de prueba. Origen de la dolencia <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Lesión anterior <input type="checkbox"/> Accidente Diagnóstico completo _____ Tratamiento a seguir _____ _____ ¿La lesión implica hospitalización/intervención quirúrgica? Especificar: <input type="checkbox"/> Si _____ <input type="checkbox"/> No	Firma del médico Dr. _____
--	---

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