

## PARTE DE LESIONES

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ CLUB: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ POBLACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEPORTIVA:

CATEGORÍA DEPORTISTA: (Marca con una cruz la categoría del jugador)

☐ SENIOR ☐ SUB-20 ☐ SUB-18 O JUVENIL ☐ TÉCNICOS

POSICIÓN DEL JUGADOR (Marca con una cruz la categoría del jugador)

**FORWARDS** MARCA CON UNA X TU POSICIÓN DENTRO DEL CÍRCULO



**BACKS** MARCA CON UNA X TU POSICIÓN DENTRO DEL CÍRCULO



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: \_\_\_\_\_

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA FICHA FEDERATIVA Y DNI DEL LESIONADO.

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

☐ PALMA - POLICLINICA MIRAMAR ☐ MANACOR - HOSPITAL DE LEVANT ☐ MURO. HOSPITAL DEL MURO  
☐ CIUDADELA - JUANEDA ☐ MAHÓN - JUANEDA ☐ IBIZA - CENTRO IMIF (C/Aragó, 9) ☐ IBIZA - HOSPITAL CAN MISES

(Sólo Lunes a Viernes a partir de las 20.00,

Sábados a partir de 23,00 y Domingos a partir de las 14.00) FORMENTERA - HOSPITAL FORMENTERA

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

X

X

Firma del lesionado o representante legal\*

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

Firma y sello del club

El sujeto del siniestro autoriza expresamente a COTRA MEDICAL y a ALLIANZ Compañía de Seguros y Reaseguros, 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 a 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 cesionarios. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a COTRA MEDICAL en la dirección especificada en el encabezado del presente documento., aportando copia de 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 \_\_\_\_\_

X

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 Federación de Baloncesto de Baleares y Allianz.