

NUMERO DE POLIZA: COLECTIVO 5440

PARTE DE ACCIDENTE

Datos del lesionado

Nombre y apellidos:

DNI y fecha de nacimiento:

Domicilio, localidad y provincia:

Datos del accidente

Fecha y hora:

Lugar y población:

Actividad deportiva:

**Descripción del accidente lo más detallada posible (zona/s afectada, mecanismo de lesión, etc.):**

Form area for accident description with horizontal lines.

Centro sanitario donde recibe la primera asistencia:

Firma Accidentado

Firma del representante y Sello Club  
Nombre y apellidos:

Firma y Sello F.B.R.M

Signature box for the injured person.

Signature box for the representative and club stamp.

Signature box for the F.B.R.M stamp.

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

El firmante del presente documento se compromete a recabar el consentimiento expreso del deportista que haya sufrido las lesiones reflejadas en el presente parte, con el objeto de que sus datos se incorporen a un registro informatizado titularidad de la Federación de Baloncesto de la Región de Murcia, e informarle que le asisten los derechos contenidos en el art. 5 de la LOPD, pudiendo ejercitarlos en cualquier momento remitiéndose al titular del fichero.

La presentación de este parte de lesiones es imprescindible para la correcta tramitación del expediente de accidente deportivo. La no presentación del mismo en 24 horas (lunes fines de semana) supondría la no aceptación del mismo como tal y por lo tanto la no cobertura sanitaria por el concierto firmado entre la FEDERACION DE BALONCESTO DE LA REGION DE MURCIA y ASISA.

**TELEFONO URGENCIAS 900 900 118**