

**COMUNICADO DE ACCIDENTES: DEPORTE Y OCIO**

Es importante comunicar el accidente y remitir este comunicado lo antes posible y en un plazo máximo de 7 días desde la fecha del accidente a [mutuacataccidentes@hna.es](mailto:mutuacataccidentes@hna.es)

**REPRESENTANTE**

|   |  |                      |
|---|--|----------------------|
| Nombre y apellidos                          | Número de móvil o teléfono de contacto | DNI                  |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/>                   | <input type="text"/> |
| En representación de (nombre de la entidad) | Núm. póliza                            |                      |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/>                   |                      |

**CERTIFICA QUE**

|                                 |                          |                      |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------|
| Nombre y apellidos              | NIF / Otro identificador | Fecha de nacimiento  |
| <input type="text"/>            | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| Domicilio                       | Población                | Código Postal        |
| <input type="text"/>            | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| Dirección de correo electrónico | Teléfono                 | Móvil                |
| <input type="text"/>            | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |

**HA SUFRIDO UN ACCIDENTE**

**FORMA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE**

|   |                      |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>                        |                      |                      |                      |
| Lugar del accidente                         | Fecha                | Hora                 | Población            |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Zona del cuerpo afectada                    | Actividad            |                      |                      |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |
| Primer centro de atención médica concertado |                      |                      |                      |
| <input type="text"/>                        |                      |                      |                      |

**DIAGNÓSTICO (a rellenar por el centro médico)**

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

Fecha visita / Urgencia

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

El diagnóstico se considera accidental

SÍ  NO

**INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DADES**

**1. Responsable del tratamiento**  
Identidad: MUTUA MANRESANA, MPS - CIF V08276545 Dirección: c / Mossèn Serapi, 39-41 – Manresa 08242 Teléfono: 93 877 33 33 Correo electrónico: [mutua@mutuacat.cat](mailto:mutua@mutuacat.cat)

**2. Delegado de protección de datos**  
El delegado de protección de datos es la persona que se encarga de proteger el derecho fundamental a la protección de datos personales a MUTUA MANRESANA, MPS y que tiene cura del cumplimiento de la normativa de protección de datos. Se le puede contactar enviando un correo electrónico a [rgpd@mutuacat.cat](mailto:rgpd@mutuacat.cat).

**3. Finalidad del tratamiento de los datos**  
Los datos personales que MUTUA MANRESANA, MPS pueda recoger en este formulario serán utilizados para la captación, el registro y el tratamiento de los datos de carácter personal de pacientes con el fin de avaluar su estado de salud, prestar-le el servicio de atención sanitaria y gestionar su historial clínico. En ningún caso se utilizarán para ninguna otra finalidad que no se haya especificado en este apartado, especialmente para el envío de publicidad, si así se ha manifestado; ni tampoco serán cedidos a terceros. Los datos personales que se hayan proporcionado se conservarán por un periodo de 5 años

(o por el periodo que determine la normativa específica en la materia), o bien hasta que el interesado solicite expresamente su supresión.

**4. Legitimación del tratamiento de datos**

La legitimación para la finalidad principal se encuentra recogida en una de las bases jurídicas establecidas en el RGPD, concretamente en el artículo 6.1.a), por tanto, MUTUA MANRESANA, MPS solicita expresamente el consentimiento de los interesados para que sus datos puedan ser tratados con la finalidad prevista en el punto anterior.

**5. Destinatarios de los datos**

No se prevé que los datos recogidos mediante el presente documento puedan ser cedidos a terceros. Si se cederán, pero, cuando se trate de una obligación legal o del cumplimiento del objeto de un contrato.

**6. Ejercicio de los derechos propios**

Se podrán ejercer, de manera gratuita, los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, supresión, limitación, y portabilidad, enviando un correo electrónico a [rgpd@mutuacat.cat](mailto:rgpd@mutuacat.cat), acompañado de una copia del DNI o documento acreditativo equivalente, o bien dirigiéndose a las instalaciones de MUTUA MANRESANA, MPS, en c/ Mossèn Serapi, 39-41, 08242 Manresa.

Firma y sello de la entidad

Firma del lesionado

Sello del centro médico

**OBSERVACIONES:**

- Los accidentes deberán de justificarse mediante el correspondiente certificado de accidente debidamente cumplimentado, que deberá enviarse a Mutuacat al correo electrónico [mutuacataccidentes@hna.es](mailto:mutuacataccidentes@hna.es).
- El servicio médico al cual acuda debe de rellenar los apartados de diagnóstico y consideración de accidente. Una vez firmado, se entregará una copia al lesionado.
- Requieren autorización por parte de Mutuacat: exploraciones complementarias, visitas de seguimiento, preoperatorios, intervenciones quirúrgicas hospitalizaciones y cualquier acto terapéutico como por ejemplo la rehabilitación. **No requieren autorización las urgencias, pero se deberá aportar el comunicado de accidente al centro médico.**
- Cuando se solicite autorización se remitirá el documento de prescripción médica, juntamente con una copia de la comunicación de accidentes a [mutuacataccidentes@hna.es](mailto:mutuacataccidentes@hna.es).
- Sólo quedan cubiertas por esta póliza las lesiones a consecuencia de accidente. Mutuacat no se hará cargo de cualquier asistencia médica que no sea justificada mediante el certificado de accidente, ni de las lesiones que no sean consecuencia directa del mismo y de acuerdo a las coberturas y garantías contratadas.
- La asistencia será prestada por los centros concertados de Mutuacat, que se pueden consultar en [la guía médica de ocio, deporte y ocio \(tarjeta negra\)](#) del sitio web [www.mutuacat.cat](http://www.mutuacat.cat).** Se indican los teléfonos de información en el encabezado.
- Sólo en caso de urgencia vital, el lesionado podrá recibir asistencia médica de urgencia en el centre sanitario más próximo. **Mutuacat se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia de urgencia prestada durante las primeras 48 horas desde la ocurrencia del accidente, como máximo, transcurridas las cuales Mutuacat no asumirá el pago de las facturas que se deriven a menos que medie autorización por su parte.**
- Si se ha contratado el traslado en ambulancia, este sólo tiene cobertura para el caso de que la lesión requiera ingreso hospitalario.