



CERTIFICADO DE ACCIDENTE DEPORTIVO
(CUMPLIMENTAR POR LA ENTIDAD DEPORTIVA)

Don/Doña _____
mayor de edad, con Documento Nacional de Identidad N.º _____
en nombre y representación de la Entidad Deportiva _____
domiciliada en _____
telf. _____ población _____ provincia _____

CERTIFICO QUE DON

1.º Apellido _____
2.º Apellido _____
Nombre _____
Domicilio _____
Ciudad _____ C.P. _____
Provincia _____ Telf. _____
D.N.I. _____ Edad _____ Sexo _____
Fecha deportiva expedida por _____
Fecha de expedición ____/____/____ Categoría _____
Deporte _____ Lesionado en competición entrenamiento

Consta como beneficiario de la Póliza contratada por esta Entidad Deportiva con la Mutualidad General Deportiva y ha sufrido accidente en la práctica de la actividad deportiva el día ____/____/____
Y para dar constancia a los efectos oportunos, firmo el presente certificado en:

_____ de _____ de _____
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD AFILIADORA

NOTA: EL FIRMANTE DE ESTE DOCUMENTO SE HARÁ CARGO DE LOS GASTOS DERIVADOS DEL ACCIDENTE, EN EL CASO DE QUE EL DEPORTISTA ACCIDENTADO NO ESTÉ CORRECTAMENTE AFILIADO A LA MUTUALIDAD GENERAL DEPORTIVA.

500 ptas. / 3€

PARTE MÉDICO DE ACCIDENTE DEPORTIVO
(CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO ASISTENCIAL)

URGENTE SI NO ATENDIDO ANTERIORMENTE SI NO FECHA LESIÓN ANTERIOR ____/____/____
CENTRO ASISTENCIAL _____
Dr. D. _____
Domicilio _____ Telf. _____
Ciudad _____ Provincia _____
C.P. _____ Colg. N.º _____ N.I.F. o C.I.F. _____
CÓDIGO DIAGNÓSTICO _____ PADECE _____

1.º ESTIMACIÓN:

Inactividad deportiva prescrita días
Tratamiento ambulatorio SI NO Tratamiento en clínica SI NO
Radiología SI NO A. Clínicos SI NO
Anestesia SI NO Rehabilitación SI NO

Materiales utilizados en cura especificar: _____

Fecha y hora de la asistencia ____/____/____ FIRMA DEL ESPECIALISTA _____

ORDEN DE INGRESO

Hospital/Clinica _____
Dirección _____
Ciudad _____ Provincia _____

RUEGO INGRESO PARA: _____
MOTIVO _____

N.º M.G.D. ____/____ N.º AUTORIZACIÓN PARA INGRESO _____

Válido exclusivamente en Centros y Facultativos concertados, durante un mes.



Señalar con un círculo la parte/s anatómica afectada

El asegurado deberá comunicarnos el accidente dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo sufrido, (Art. 16 de la ley del Contrato de Seguro).