



ER-0411/2019



PARTE DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

TOMADOR	
Nº DE POLIZA	
Nº DE EXPEDIENTE (1)	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de el Patronato al tel. **91.836.62.24**

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE Y APELLIDOS _____	DNI _____	EDAD _____
DOMICILIO _____	LOCALIDAD _____	
PROVINCIA _____	C.P. _____	TELÉFONO _____

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. _____, Con D.N.I. nº _____, en nombre y representación de la Entidad arriba indicado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____

DOMICILIO _____ TELÉFONO _____

FECHA DE OCURRENCIA _____

FORMA DE OCURRENCIA _____

ATENCIÓN SANITARIA EN _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS

Responsable: MAPFRE VIDA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA

Finalidades: Gestión del siniestro y contrato de seguro, prevención del fraude gestión integral y centralizada de su relación con Grupo MAPFRE.

Legitimación: Ejecución del Contrato

Destinatarios: Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional

Derechos: Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en Información Adicional de Protección de Datos.

Información Adicional: Puede consultar la Información Adicional de Protección de Datos incluida en:

<http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART02301ESES02>

Mediante su firma acepta el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones indicados. En caso de facilitar datos de personas diferentes de usted, deberá informarles de los mismos. Si proporciona datos de menores de dieciséis años, deberá haber informado de dichos términos a los tutores legales del menor.

Firma del Lesionado

Firma y Sello del representante de la Entidad



NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

- 1) El colectivo cumplimentará **en su totalidad** este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE VIDA, a través del nº **918366224**
- 2) El lesionado hará entrega del parte en el centro sanitario concertado como condición previa para ser atendido con cargo a la póliza. Se debe incluir **necesariamente** en el mismo el nº de EXPEDIENTE facilitado por la compañía.
- 3) El centro sanitario deberá acompañar este impreso y el informe médico de urgencias a la factura y dirigirlo a:

MAPFRE VIDA

CL LLODIO Nº4 SEGUNDA PLANTA

La factura deberá ir emitida a : MAPFRE VIDA . CIF:A-28229599

Crta de Pozuelo, 50- Majadahonda- 28220 Madrid

- 4) La realización de intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, pruebas especiales y rehabilitación **requiere previa autorización** de la cía. que se ha de solicitar en el **FAX 917003073** o en el e-mail: daper.mapgen@mapfre.com