MAPFRE | VIDA

DECLARACIÓN DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

Nº DE PÓLIZA		Nº EXPEDIENTE	

TOMADOR	
DOMICILIO	

DATOS DEL ACCIDENTADO

- NOMBRE Y APELLIDOS: ……. D.N.I…… ……..

PROFESION : …… ……. F. NAC: .....

DOMICILIO : ……

LOCALIDAD: …….. PROVINCIA : ……

CÓDIGO POSTAL: …… TELÉFONO: ……..

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA..... **HORA**: .....

LUGAR DE OCURRENCIA…….

FORMA DE OCURRENCIA /RELATO.....

.....

LA ATENCIÓN SANITARIA SE PRESTARÁ EN LA CLÍNICA

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 el 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 la 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/VIDESPPERCLIPART02301ESES02.

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 DEL TOMADOR

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

1) El Tomador cumplimentará **en su totalidad** este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE VIDA, a través del nº **918 366 224**

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) 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** ò en el correo electrónico: DAPER-MAPGEN@mapfre.com

ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DNI DE LA PERSONA LESIONADA
EN CASO DE MINORIA DE EDAD, FIRMARA EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL Y SE ADJUNTARA FOTOCOPIA DEL DNI DE LA PERSONA LESIONADA Y DE LA PERSONA FIRMANTE