

DECLARACIÓN DE ACCIDENTES

Nº DE PÓLIZA			
---------------------	--	--	--

TOMADOR	
ACTIVIDAD	

DATOS DEL LESIONADO

◆ NOMBRE Y APELLIDOS:	D.N.I.....	EDAD
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	

CERTIFICACION DEL ACCIDENTE

D./Dña. _____, con D.N.I.: nº _____

En nombre y representación de _____, certifica la ocurrencia del accidente

cuyos datos se indican a continuación:

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

LUGAR DE OCURRENCIA.....

FORMA DE OCURRENCIA /RELATO.....

.....

LA ATENCIÓN SANITARIA EN

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito **autoriza** el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para: El cumplimiento del propio contrato de seguro. La valoración de los daños ocasionados en su persona. La cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponda. El pago del importe de la referida indemnización. Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez extinguida la relación contractual. Asimismo, **acepta** que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente, a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguro, y que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero creado está ubicado en C/ General Perón nº 40, 28020, Madrid, bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

Firma del lesionado _____

Firma y sello del representante del Tomador _____

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

- 1) El centro escolar cumplimentará **en su totalidad** este impreso y comunicará el siniestro a MAPFREVIDA, a través del nº **902-136524**
- 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/PRESTACIONES PERSONAS
 AVDA. ZAMORA, 37 – 47008 VALLADOLID
- 4) La realización de intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, pruebas especiales y rehabilitación **requiere previa autorización** de la cia. que se ha de solicitar en el **FAX: 91.700.30.73**
- 5) Salvo casos de URGENCIA VITAL, la compañía no asumirá el coste de la asistencia sanitaria no prestada en el **CENTRO CONCERTADO** indicado en este parte.