

PARTE DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

TOMADOR	
Nº DE POLIZA	
Nº DE EXPEDIENTE (1)	

Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de el Organizador al tel. **918 366 224**

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE Y APELLIDO:	DNI	EDAD
DOMICILIO	LOCALIDAD:	
PROVINCIA	C.P.	TELÉFONO

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

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

LUGAR DE OCURRENCIA: _____

DOMICILIO _____ TELÉFONO _____

FECHA DE OCURRENCIA _____

FORMA DE OCURRENCIA _____

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 representante del Tomador

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