

**PARTE DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS**

<b>TOMADOR</b>	Diputación Provincial de Toledo
<b>Nº DE POLIZA</b>	055-2280115139
<b>Nº DE EXPEDIENTE (1)</b>	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de el Patronato al tel. **918366224**

**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 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](mailto:daper.mapgen@mapfre.com)