PARTE DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

TOMADOR: EXCMA DIPUTACION PROVINCIAL DE TOLEDO	
NÚM. POLIZA: 055-2680169727	**NÚM. DE EXPEDIENTE** (1):

(1). Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del expediente al teléfono: 918 366 224 / 900 810 852

DATOS DEL LESIONADO			
NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI:	EDAD:
DOMICILIO:		LOCALIDAD:	
PROVINCIA:	CP.:	TELEFONO:	

CERTIFICADO DEL ACCIDENTE
D./DÑA. ……DNI N º……
En nombre y representación de la Entidad arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:
LUGAR DE OCURRENCIA:
DOMICILIO: TELEFONO:
FECHA DE OCURRENCIA:
FORMA DE OCURRENCIA:
ATENCIÓN SANITARIA EN:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS

Responsable: MAPFRE VIDA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA
Finalidades: El cumplimiento del contrato de seguro y gestión de siniestros, prevención del fraude; gestión centralizada de sus datos a través del recursos informáticos, organizativos y administrativos en su relación con las entidades del Grupo MAPFRE.
Legitimación: Ejecución del Contrato, Obligación Legal e Interés Legítimo.
Destinatarios: Podrán comunicarse datos a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades descritas y al tomador de la póliza de seguro, 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:
https://app.mapfre.es/RGPD#/Docs/MV-PRESTACIONES-02ES

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

Firma del Lesionado

Firma y Sello del representante de la Entidad/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 de teléfono 918 366 224 / 900 810 852
2) El lesionado hará entrega del parte en el centro sanitario concertado como condición previa para ser atendido con cargo a la póliza. Será **requisito imprescindible** que en el mismo conste 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 (C.I.F.: A-28229599)
DPTO. PRESTACIONES A PERSONAS
C/ Maria Tubau nº 10. Edificio A, 5º Planta. 28050, MADRID

4) La realización de intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, pruebas especiales y rehabilitación **requiere previa autorización** de la compañía, que se ha de solicitar en el **FAX: 91 700 30 73 o** en email **daper-mapgen@mapfre.com**