

PARTE DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO-SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

Datos a cumplimentar por la compañía Nº SOLICITUD _____ FECHA RECEPCIÓN _____ OFIC. TRAMITADORA _____

Cumplimentar por el asegurado utilizando letras mayúsculas

DATOS PERSONALES

Póliza: **ACAIP - ITT (PRODUCTIVIDAD)**

Tomador del seguro: **Sindicato Acaip** (Agrupación de los Cuerpos de la Administración de Instituciones Penitenciarias)

Asegurado/a _____ F. Nacimiento _____

NIF asegurado/a _____ Tel. particular: _____ C.PENITENCIARIO _____

Dirección particular _____

Localidad _____ C. Postal _____ Provincia _____

Personal Funcionario o Laboral (marcar con una X lo que proceda): Funcionario Laboral

Cuenta Bancaria (IBAN): _____

DATOS DEL SINIESTRO

Origen del siniestro. (Marcar con una X lo que proceda): Enfermedad común Accidente no laboral

Enfermedad que padece _____

Descripción del accidente _____

Óficio Llodio, 4ª planta, Madrid 28034 Madrid
Departamento Prestaciones Personas ITT
MAPFRE FAMILIAR
Póliza: ACAIP - ITT (PRODUCTIVIDAD)
Tomador del seguro: Sindicato Acaip (Agrupación de los Cuerpos de la Administración de Instituciones Penitenciarias)
Asegurado/a _____ F. Nacimiento _____
NIF asegurado/a _____ Tel. particular: _____ C.PENITENCIARIO _____
Dirección particular _____
Localidad _____ C. Postal _____ Provincia _____
Personal Funcionario o Laboral (marcar con una X lo que proceda): Funcionario Laboral
Cuenta Bancaria (IBAN): _____
Origen del siniestro. (Marcar con una X lo que proceda): Enfermedad común Accidente no laboral
Enfermedad que padece _____
Descripción del accidente _____
9 - UVUc Zfa Ubh'WRHjZwUei Y'UUbHf]c'XYWUfUjQb'bc'VebHjYbY'jBY UWhj X'b]cW'fUj]cbYg'gcVfygi'YghLXc'XY'gUj X'mei eZdfc'UdfYgYbHfZU hcf]nUUtXcg'cg'XcVfcYg Vebgi'fLXcg'Ug'fVca c'7 fb]WJgZubUrcf]cgZYWZUei YZMj]HjY'jBzfa UjQb'Vea d'Ya YbHf]UfUA 5D: F9 : 5A =@5 FzYb'fYaV]Cb'Veb'YgHJgc'j]Wh X'XY'jBXYa b]nUjQb'fA
A
A

En _____, a _____ de _____ de _____

Don /Doña _____

Muy importante: junto a la presente declaración deberá de aportar:

- Fotocopia del DNI.
- Certificado firmado por el Director del Centro Penitenciario (original) donde se indique el número de días (de fecha a fecha) que se ha faltado al trabajo y se especifique el importe exacto del complemento de productividad que no se ha cobrado como consecuencia de esos días de baja.
- Fotocopia del número de cuenta bancaria donde aparezca nombre y apellidos del interesado
- Toda la documentación completa y de una vez se envía a la Calle Llodio 4 2ª planta, 28034 Madrid, Departamento Prestaciones Personas ITT