

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTESNº DE PÓLIZA: **0556031014574**

Nº DE EXPEDIENTE: (*)

(*) A cumplimentar por la Compañía

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS:	_____	D.N.I.	_____
PROFESIÓN :	_____	GRUPO SALARIAL:	_____
DOMICILIO:	_____	LOCALIDAD:	_____
POBLACIÓN:	_____	CÓDIGO POSTAL:	_____
TELÉFONO:	_____ / _____	EDAD:	_____

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA:	_____	HORA:	_____	LUGAR DE OCURRENCIA:	_____
FORMA DE OCURRENCIA:	_____				

LESIÓN SUFRIDA:	_____				
INDICAR SI HA SIDO ACCIDENTE DE TRABAJO:	_____				
¿HA INTERVENIDO ALGUNA AUTORIDAD?:	_____	¿CUÁL?	_____		
OBSERVACIONES O COMENTARIOS:	_____				

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: Avda. General Perón Nº 40, 28020 Madrid, bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA, S.A. 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.

El asegurado declara el contenido cierto de lo arriba manifestado y firma la presente en
_____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: