

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

Nº póliza: **601 7057**

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

Ocupación profesional

Edad

(años)

Cuenta bancaria (Código Cuenta Cliente)

DATOS DEL SINIESTRO

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

Enfermedad que padece

Descripción del accidente

Detalle de las lesiones sufridas

¿Ha tenido síntomas de la dolencia con anterioridad? SI NO

El asegurado/abajo firmante **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 y, en concreto, valorar la enfermedad o lesión causante del siniestro, así como cuantificar y proceder al pago de la indemnización que, en su caso, pudiera corresponderle según lo dispuesto en el contrato y en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro.

Asimismo, **acepta** 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 indemnizatoria garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones 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 de datos personales está ubicado en la Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE FAMILIAR, 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 mediante comunicación escrita dirigida a Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid) o cualquier oficina de MAPFRE

El abajo firmante **certifica** que la anterior declaración no contiene inexactitud ni ocultaciones sobre su estado de salud y que, por la presente, **autoriza a todos los doctores consultados así como Cínicas, Sanatorios, etc., a que faciliten información complementaria a MAPFRE FAMILIAR, en relación con esta solicitud de indemnización.**

En _____, a _____ de _____ de _____

Don /Doña

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

Fotocopia del DNI

Fotocopia compulsada de la nómina del mes correspondiente al periodo de baja y fotocopia compulsada de la nómina del mes anterior donde no se produjo el descuento.

Certificado firmado por el Director del Centro donde se indique el número de días de baja y se especifique que la reducción en nómina se debe al amparo del art. 9 del RDL 20/2012 y/o de la Disposición Adicional Trigésima Octava de la Ley 17/2012, de 27 de diciembre, en materia de ausencias por enfermedad o accidente.