

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

Nº DE PÓLIZA: **0551980201836**

(*) Nº DE EXPEDIENTE:

DATOS DEL ASEGURADO

| | | | |
|---------------------|-------|------------|-------|
| NOMBRE Y APELLIDOS: | _____ | D.N.I. | _____ |
| DEPORTE: | _____ | ENTIDAD: | _____ |
| TELÉFONO: | _____ | DOMICILIO: | _____ |
| LOCALIDAD: | _____ | C.P.: | _____ |
| | | E_MAIL: | _____ |

DATOS DEL ACCIDENTE

| | | | | | |
|------------------------------|-------|-------|-------|----------------------|-------|
| FECHA: | _____ | HORA: | _____ | LUGAR DE OCURRENCIA: | _____ |
| FORMA DE OCURRENCIA: | | | | | |
| | | | | | |
| LESIÓN SUFRIDA: | _____ | | | | |
| 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 Mapfre Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros sobre la vida humana. Domicilio: Ctra. Pozuelo ,50. 28222 Majadahonda. MADRID 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/responsable de la entidad, en el caso de que sea menor de edad, declara el contenido cierto de lo arriba manifestado y firma la presente en _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.:

(*) El número de expediente, que deberá ser solicitado al Centro de Servicios de la Compañía MAPFRE VIDA, en el **902811899 o 918365365**, es imprescindible para que se pueda considerar la cobertura del siniestro.