

PARTE DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

TOMADOR	DIPUTACIÓN DE SALAMANCA		
Nº DE POLIZA	0552080222754	Nº DE EXPEDIENTE (1)	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente al tel. **918 366 224**

DATOS DEL ACCIDENTADO	
NOMBRE Y APELLIDOS:.....	
DNI:	FECHA NACIMIENTO:
DOMICILIO:	
LOCALIDAD:	CODIGO POSTAL:
PROVINCIA:.....	TELEFONO:

CERTIFICACION DEL ACCIDENTE	
D.: con DNI Nº:	
En nombre y representación de la Diputación de Salamanca, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:	
LUGAR DE OCURRENCIA:	
FECHA DE OCURRENCIA.....	TELEFONO:
FORMA DE OCURRENCIA:	
ATENCIÓN SANITARIA EN HOSPITAL SANTISIMA TRINIDAD DE SALAMANCA	

INFORMACION BASICA SOBRE PROTECCION DE DATOS
 Responsable: MAPFRE VIDA, S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LAVIDA HUMANA
 Finalidades: Gestión del siniestro y contrato de seguro, prevención del fraude gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE. Legitimación: Ejecución del Contrato
 Destinatarios: Podrán comunicarse datos a terceros 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:
<http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPLICPART02301ESES02>.

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

Firma del Lesionado

Firma y Sello del representante del Tomador

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

1. El representante de la Diputación de Salamanca cumplimentará **en su totalidad** este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE VIDA a través del Telefono Nº **918 366 224**. Se debe incluir necesariamente en este impreso el Nº de EXPEDIENTE facilitado por la compañía.
2. El lesionado entregará este parte en el centro sanitario concertado como condición previa para ser atendido con cargo a la póliza.
3. La realización de intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, pruebas especiales y rehabilitación **requiere previa autorización** de la compañía que se ha de solicitar en el e-mail: DAPER-MAPGEN@mapfre.com