

PARTE DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

| | |
|-----------------------------|--|
| TOMADOR | UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA |
| Nº DE POLIZA | 0551780231450 |
| Nº DE EXPEDIENTE (1) | |

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de el Patronato al tel. **902-136524**

DATOS DEL LESIONADO

| | | |
|--------------------------|-----------------|----------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS _____ | DNI _____ | EDAD _____ |
| DOMICILIO _____ | LOCALIDAD _____ | |
| PROVINCIA _____ | C.P. _____ | TELÉFONO _____ |

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

(A RELLENAR por el Decano o Director del Centro al que pertenezca el estudiante, o en su caso, por el Vicegerente del Campus correspondiente.)

D. _____, Con D.N.I. nº _____, en nombre y representación de la Entidad arriba indicado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____

DOMICILIO _____ TELÉFONO _____

FECHA DE OCURRENCIA _____

FORMA DE OCURRENCIA _____

ATENCIÓN SANITARIA EN _____

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 Ctra. Pozuelo nº 50, 28222 – Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA SOCIEDAD ANONIMA 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.

Firma del Lesionado

Firma y Sello del representante del Tomador

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

- 1) El colectivo cumplimentará **en su totalidad** este impreso y comunicará el siniestro a la GERENCIA de la UCLM, a través del correo electrónico gerencia@uclm.es o al tfno. **+34 926295346**
- 2) El lesionado hará entrega del parte en el centro sanitario concertado como condición previa para ser atendido con cargo a la póliza. Se debe incluir **necesariamente** en el mismo el nº de EXPEDIENTE facilitado por la compañía.
- 3) El centro sanitario deberá acompañar este impreso y el informe médico de urgencias a la factura y dirigirlo a:
MAPFRE VIDA
CL LLODIO Nº4 SEGUNDA PLANTA
La factura deberá ir emitida a: MAPFRE VIDA. CIF:A-28229599
Crta de Pozuelo, 50- Majadahonda- 28220 Madrid
- 4) La realización de intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, pruebas especiales y rehabilitación **requiere previa autorización** de la cia. que se ha de solicitar en el **FAX 917003073** o daper.mapgen@mapfre.com