

VÁLIDO SÓLO PARA LAS CATEGORÍAS DE 9 y 10/11 AÑOS



PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES

Nº DE PÓLIZA: **055-1580422279**

Nº DE EXPEDIENTE:

DATOS DEL ASEGURADO

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

DATOS DEL ACCIDENTE

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

LESIÓN SUFRIDA: _____
¿HA ACUDIDO A ALGÚN CENTRO MÉDICO?: _____ ¿CUÁL? _____
¿HA SIDO ACCIDENTE DE TRABAJO?: _____ ¿TIENE PÓLIZA DE ACCIDENTES CON OTRA CÍA? _____
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____
¿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

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 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 Crta. Pozuelo, nº 50 - 28222 Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA SOCIEDAD ANÓNIMA 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.: