



## PARTE DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

<b>TOMADOR:</b>	
<b>NÚM. POLIZA:</b>	<b>NÚM. DE EXPEDIENTE (1):</b>

(1).Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del expediente al tel. 91.836.62.24

DATOS DEL LESIONADO		
NOMBRE Y APELLIDOS:	DNI:	EDAD:
DOMICILIO:	LOCALIDAD:	
PROVINCIA:	CP.:	TELEFONO:

CERTIFICADO DEL ACCIDENTE	
D./DÑA. .... DNI N °..... En nombre y representación de la Entidad arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:	
LUGAR DE OCURRENCIA:	
DOMICILIO:	TELEFONO:
FECHA DE OCURRENCIA:	
FORMA DE OCURRENCIA:	
ATENCIÓN SANITARIA EN:	

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS

**Responsable:** MAPFRE VIDA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA

**Finalidades:** El cumplimiento del contrato de seguro y gestión de siniestros, prevención del fraude; gestión centralizada de sus datos a través del recursos informáticos, organizativos y administrativos en su relación con las entidades del Grupo MAPFRE.

**Legitimación:** Ejecución del Contrato, Obligación Legal e Interés Legítimo.

**Destinatarios:** Podrán comunicarse datos a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades descritas y al tomador de la póliza de seguro, 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:

<https://app.mapfre.es/RGPD#/Docs/MV-PRESTACIONES-02ES>

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

Firma del Lesionado

Firma y Sello del representante de la Entidad/Tomador

### NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE :

- 1) El colectivo cumplimentará en su totalidad este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE VIDA, a través del nº 918366224
- 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  
C/ María Tubau 10 edf. A 5ª planta- Madrid 28050  
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 cía. que se ha de solicitar en el e-mail: [daper.mapgen@mapfre.com](mailto:daper.mapgen@mapfre.com)