



## PARTE DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

<b>TOMADOR</b>	
<b>Nº DE POLIZA</b>	
<b>Nº DE EXPEDIENTE (1)</b>	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de el Patronato al tel. **91.836.62.24**

### DATOS DEL LESIONADO

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

### CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

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** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS

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

**Finalidades:** Gestión del siniestro y contrato de seguro, prevención del fraude gestión integral y centralizada de su relación con 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 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/ESPESPPERCLIPART02301ESES02>

**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 de la Entidad