

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES**

Nº DE PÓLIZA: 055-1980058746

Nº DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
PROFESIÓN : \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ 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. 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.

El asegurado declara el contenido cierto de lo arriba manifestado y firma la presente en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del lesionado  
(EN CASO DE MENOS TUTOR/RESPONSABLE)

Firma y Sello del representante de la Entidad

**PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

- 1) El centro deportivo cumplimentará **en su totalidad** este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE SEGUROS GENERALES, a través del nº **902-13.65.24**.
- 2) El lesionado hará entrega del parte en el centro sanitario concertado como condición previa para ser atendido con cargo a la póliza. Será **requisito imprescindible** que en el mismo conste 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 SEGUROS GENERALES (C.I.F.: A-28141935)  
C/ PASEO DE RECOLETOS Nº 27 – 28004 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 **FAX: 91-581 25 13**
- 5) Salvo casos de URGENCIA VITAL, la compañía no asumirá el coste de la asistencia sanitaria no prestada en el **CENTRO SANITARIO CONCERTADO** indicado en este parte.
- 6) Se le recuerda que en “las instrucciones en caso de accidentes” editadas en la página web del IMD-Cádiz para los juegos deportivos municipales, debe dar comunicación de la apertura del expediente al Servicio Sanitario-Médico Deportivo y/o Casa del Deporte antes de pasada 72 hors (3 días) tras la ocurrencia del accidente.