

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES

Nº DE PÓLIZA: 055-2080152391	Nº DE EXPEDIENTE:
-------------------------------------	-------------------

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS:	_____	D.N.I.	_____
PROFESIÓN :	_____	EDAD:	_____
		TELÉFONO:	_____ / _____
DOMICILIO:	_____	LOC. LIDAD:	_____
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:					

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 el 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 la 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/VIDESPPERCLIPART02301ESE02>

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.

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

Fdo.:



teléfono para abrir un parte accidentes
918 365 365