



PARTE DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

TOMADOR: UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA	
NÚM. POLIZA: 055-2580214288	NÚM. DE EXPEDIENTE (1):

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

DATOS DEL LESIONADO		
NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI:
FACULTAD:	DOMICILIO:	LOCALIDAD:
PROVINCIA:	CP.:	TELEFONO:
CERTIFICADO DEL ACCIDENTE (A RELLENAR por el Decano o Director del Centro que pertenezca el estudiante, o en su caso, por el Vicegerente del Campus correspondiente)		
D./DÑA. DNI Nº 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 PROTECCIÓN 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 la GERENCIA de la UCLM, a través del correo electrónico gerencia@uclm.es o al tfno. +34 926295346.

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 5^a planta- Madrid 28050

La factura deberá ir emitida a : MAPFRE VIDA . CIF:A-28229599

Ctra 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