ESCUELA FereraciónBalearVela

MAPFRE | VIDA

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES TF: 918366224

Nº DE PÓLIZA: 0551880232252

Nº DE EXPEDIENTE:

DATOS DEL ASEGURADO Nºlicencia

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: _____

_____

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/VIDESPPERCLIPART02301ESES02

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.: