

PARTE DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

TOMADOR	FUTSAL EVENTS
Nº DE POLIZA	055-2380188617
Nº DE EXPEDIENTE (1)	

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de el Patronato al tel. **918366224**

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 del Tomador de referencia, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____
DOMICILIO _____ TELÉFONO _____
FECHA DE OCURRENCIA _____
FORMA DE OCURRENCIA _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN 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.

Firma del Lesionado

Firma y Sello del representante del Tomador

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

- 1) El colectivo cumplimentará **en su totalidad** este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE VIDA, a través del nº **918366224**
- 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
CL LLODIO Nº4 SEGUNDA PLANTA
La factura deberá ir emitida a : MAPFRE VIDA . CIF:A-28229599
Crta de Pozuelo, 50- Majadahonda- 28220 Madrid
- 4) La realización de intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, pruebas especiales y rehabilitación **requiere previa autorización** de la cia. que se ha de solicitar en el FAX 917003073 o en el e-mail: daper.mapgen@mapfre.com

PROTOCOLO ACCIDENTES

PRIMERO – Llamar al 918.366.224 indicar el TOMADOR del seguro y numero de póliza. Se deberá explicar lo ocurrido y escribirlo en CERTIFICACION DEL ACCIDENTE.

SEGUNDO – Escribir el numero de EXPEDIENTE que se facilitará en la llamada y llevar al accidentado al centro medico que se les indicará en la llamada. Según población de residencia o accidente y tipo de lesión se indicará centro médico.

TERCERO – Guardar copia o fotografiar el parte de accidentes y entregarlo al tomador (FUTSAL EVENTS)

QUARTO – El centro medico se quedará una copia que enviará con la factura a Mapfre.

PROTOCOL ACCIDENTS

PRIMER – Trucar al 918.366.224 indicar el TOMADOR de l'assegurança y numero de pòlissa. S'haurà d'explicar el que ha passat i escriureu a l'espai de CERTIFICACION DEL ACCIDENTE.

SEGON – Escriure el número d'EXPEDIENT que facilitarà en la trucada i portar l'accidentat al centre mèdic que se l'indicarà en la trucada. Segons la població de residència o accident i tipus de lesió s'indicarà el centre mèdic.

TERCER – Guardar còpia o fotografiar el parte d'accidents i entregar-lo al tomador. (FUTSAL EVENTS)

QUART – El centro mèdic es quedarà una copia que enviarà amb la factura a Mapfre.