



PARTE DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

TOMADOR: UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA	
NÚM. POLIZA: 055-2180198760	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:	EDAD:
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 N ^o	
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 PROTECCION DE DATOS

Responsable: MAPFRE VIDA S.A. COMPAÑIA 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/ Maria Tubau 10 edf. A 5ª planta- Madrid 28050

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 cía. que se ha de solicitar en el e-mail: daper.mapgen@mapfre.com