

DECLARACIÓN DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS

NÚMERO DE PÓLIZA

055-0980441275

Nº DE EXPEDIENTE

TOMADOR

XUNTA DE GALICIA - PRESIDENCIA - SECRETARÍA XERAL PARA O DEPORTE

DOMICILIO

ESTADIO MULTIUSOS DE SAN LÁZARO, 15781 - SANTIAGO

DATOS DO ACCIDENTADO

NOME E APELIDOS DATA DE NACEMENTO

DOMICILIO Nº DE LICENZA

LOCALIDADE PROVINCIA

CÓDIGO POSTAL TELÉFONO

DATOS DO ACCIDENTE

DATA HORA

FORMA DE OCORRENCIA/RELATO

A ATENCIÓN SANITARIA PRESTARASE NO CENTRO CONCERTADO

NOME DO COMUNICANTE DO SINISTRO

O asegurado anteriormente descrito **autoriza** o tratamento dos datos persoais suministrados voluntariamente a través do presente documento e a actualización dos mesmos para o cumprimento do propio contrato de seguro, a cuantificación e o pagamento do importe de indemnización que proceda. Así mesmo, acepta que os referidos datos persoais sexan cedidos, exclusivamente, a aquelas persoas ou entidades cuxa intervención sexa necesaria para o desenvolvemento das finalidades indicadas anteriormente, así como ao tomador da póliza de seguro, e sen necesidade de que lle sexa comunicada cada primeira cesión que se efectúe aos referidos cesionarios. Todos os datos son tratados con absoluta confidencialidade, non sendo accesibles a terceiros para finalidades distintas para os que foron autorizados.

O ficheiro creado está situado en Cra. Pozuelo, 50 – 28220 Majadahonda (Madrid), baixo a supervisión e control de MAPFRE FAMILIAR COMPANÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., quen asume a adopción das medidas de seguridade de índole técnica e organizativa para protexer a confidencialidade e integridade da información, de acordo co establecido na Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal e demais lexislación aplicable e ante quen o titular dos datos pode exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, oposición e cancelación dos seus datos de carácter persoal, subministrados mediante comunicación escrita.

FIRMA DO LESIONADO:

SELO DO TOMADOR:

PROCEDEMENTO EN CASO DE SINISTRO

- 1 O centro cumprimentará **na súa totalidade** este impreso e comunicará o sinistro a MAPFRE FAMILIAR, a través do nº 902 136 524.
- 2 O lesionado fará entrega do parte no centro sanitario concertado como condición previa para ser atendido con cargo á póliza. **Será requisito imprescindible** que neste conste o nº de EXPEDIENTE facilitado pola compañía.
- 3 O centro sanitario deberá acompañar este impreso e o informe médico de urxencias á factura e dirixilo a:
MAPFRE FAMILIAR (CIF.: A-28141935)
C/CRISTINO ÁLVAREZ Nº 1-5ª PLANTA – 15008 A CORUÑA
- 4 A relación de intervencións cirúxicas, ingresos hospitalarios, probas especiais e rehabilitación **require logo de autorización** da Compañía que se ha de solicitar ao **FAX: 917 097 421**.
- 5 **Salvo casos de urxencia vital, a compañía non asumirá o custo da asistencia sanitaria non prestada no CENTRO CONCERTADO indicada no parte.**