

PARTE DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO - SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

Datos a cumplimentar por la compañía Nº SOLICITUD _____ FECHA RECEPCIÓN _____ OF. TRAMITADORA _____
CD01

Cumplimentar por el asegurado utilizando letras mayúsculas.

DATOS PERSONALES

N.º póliza: N.º subpól.: N.º certificado:
Tomador del seguro:
Asegurado: F. nacimiento:
N.I.F. Asegurado: Tel. particular:
Dirección:
Localidad: C. Postal: Provincia:
Domicilio laboral: Tel. trabajo:
Ocupación/Profesional: C.C.C.
C.D. Banco C.D. Oficina D.C. Num. de cuenta
Cotiza a la S. Social: (marca con X lo que proceda) Autónomo Régimen general No cotiza

¿Ha modificado su situación laboral respecto a la declarada al contratar la póliza?

Sí No Ampliar información (fecha del cambio)

DATOS DEL SINIESTRO

Origen del siniestro: (marcar con X lo que proceda) enfermedad común enfermedad profesional accidente laboral accidente no laboral sobre esfuerzo
Enfermedad que padece:
Descripción del accidente:
Detalle de las lesiones sufridas:

	SÍ	NO	
¿Causó baja en el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicar fechas
¿Conoce el nº de días de baja previstos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos?
¿Le han sido realizadas pruebas complementarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicar qué pruebas y Centros
¿Se encuentra enyesado o con cualquier tipo de inmovilización?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ampliar información
¿Ha tenido síntomas de esta dolencia con anterioridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicar fechas
¿Ha estado ingresado en alguna Clínica o Sanatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicar fechas y motivos
¿Ha sido o va ser intervenido quirúrgicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicar fechas y motivos
¿Esta usted cubierto por otro seguro de enfermedad o accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de la Compañía y n.º póliza

Indíquenos el nombre del Centro o Doctores que le han realizado la asistencia médica.

	Fecha	Dres./Centros
1.º		
2.º		
3.º		

¿Ha sido accidente de tráfico o agresión? (marcar con X lo que proceda) ACCIDENTE DE TRÁFICO AGRESIÓN

Fecha de ocurrencia: Lugar:

¿Intervino alguna autoridad? (indicar cual)

Datos del responsable: (domicilio, D.N.I., teléfono, etc.)

El asegurado/abajo firmante autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para el cumplimiento del propio contrato de seguro y, en concreto, valorar la enfermedad o lesión causante del siniestro, así como cuantificar y proceder al pago de la indemnización que, en su caso, pudiera corresponderle según lo dispuesto en el contrato y en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro.
Asimismo, acepta que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación indemnizatoria garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones y, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.
Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados.
El fichero de datos personales está ubicado en la Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE FAMILIAR, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita dirigida a Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid) o a cualquier oficina de MAPFRE.

El abajo firmante certifica que la anterior declaración no contiene inexactitud ni ocultaciones sobre su estado de salud y que, por la presente, autoriza a todos los doctores consultados así como Clínicas, Sanitarios, etc., a que faciliten información complementaria a MAPFRE FAMILIAR, en relación con esta solicitud de indemnización.

En a de de

D./Dña. N.I.F.

Muy importante:

Junto a la presente declaración debe adjuntar todos los informes médicos/clínicos/quirúrgicos que obren en su poder.

En caso de accidente de tráfico debe presentar diligencias judiciales o en su defecto el parte de declaración de accidente de tráfico.

En caso de accidente por riñas o disputas deben presentar diligencias judiciales.