



**DECLARACIÓN DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS**

<b>Nº DE POLIZA</b>		<b>Nº DE EXPEDIENTE</b>	
---------------------	--	-------------------------	--

<b>TOMADOR</b>	
<b>DOMICILIO</b>	

DATOS DEL ACCIDENTADO	
NOMBRE Y APELLIDOS: .....	DNI:.....
PROFESION: .....	FECHA DE NACIMIENTO: .....
DOMICILIO:.....	
LOCALIDAD: .....	PROVINCIA: .....
CÓDIGO POSTAL: .....	TELEFONO: .....

DATOS DEL ACCIDENTE	
FECHA: .....	HORA: .....
FORMA DE OCURRENCIA / RELATO .....	
.....	
.....	
ATENCIÓN SANITARIA SE PRESTARÁ EN LA CLINICA .....	

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS
<b>Responsable:</b> MAPFRE VIDA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA
<b>Finalidades:</b> Gestión del siniestro y contrato de seguro, prevención del fraude gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE.
<b>Legitimación:</b> Ejecución del Contrato
<b>Destinatarios:</b> Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional
<b>Derechos:</b> Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.
<b>Información Adicional:</b> Puede consultar la Información Adicional de Protección de Datos incluida en: <a href="http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPERCLIPART02301ESES02">http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPERCLIPART02301ESES02</a>

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/A:

SELLO DEL TOMADOR

ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DNI DE LA PERSONA LESIONADA  
EN CASO DE MINORIA DE EDAD, FIRMARA EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL Y SE  
ADJUNTARA FOTOCOPIA DEL DNI DE LA PERSONA LESIONADA Y DE LA PERSONA FIRMANTE