

**DECLARACIÓN DE ACCIDENTES PARA COLECTIVOS**

<b>Nº DE POLIZA</b>	0551880164191	<b>Nº DE EXPEDIENTE</b>	
<b>TOMADOR</b>	CLUB DEPORTIVO DINAMO GUADALAJARA		
<b>DOMICILIO</b>			

DATOS DEL ACCIDENTADO	
NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD:
DOMICILIO:	CURSO ESCOLAR
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	TELEFONO:

DATOS DEL ACCIDENTE	
FECHA	HORA:
FORMA DE OCURRENCIA / RELATO .....	
ATENCIÓN SANITARIA SE PRESTARÁ EN LA CLINICA “.....”	
NOMBRE DEL COMUNICANTE DEL SINIESTRO:	TELÉFONO:

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION 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/A

SELLO DEL TOMADOR

**PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

- 1) El centro escolar cumplimentará **en su totalidad** este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE VIDA, a través del nº **902-193.288**
- 2) El lesionado hará entrega del parte en el centro sanitario concertado como condición previa para ser atendido con cargo a la póliza. Será **requisito imprescindible** que en el mismo conste 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.I.F.: A-28229599)  
 DPTO. PRESTACIONES PERSONAS  
 C/ LLODIO, 4 – 28034 - 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 FAX: **91-700.30.73** o por mail: **daper.mapgen@mapfre.com**
- 5) Salvo casos de URGENCIA VITAL, la compañía no asumirá el coste de la asistencia sanitaria no prestada en el **CENTRO CONCERTADO** indicado en este parte.

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.