

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES**

Nº DE PÓLIZA: 0556031014574	Nº DE EXPEDIENTE:
-----------------------------	-------------------

**DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRE Y APELLIDOS: _____	D.N.I _____
PROFESION: _____	GRUPO SALARIAL: _____
DOMICILIO: _____	LOCALIDAD: _____
POBLACION: _____	CODIGO POSTAL: _____
TELEFONO: _____	EDAD: _____

**DATOS DEL ACCIDENTE**

FECHA: _____	HORA: _____	LUGAR DE OCURRENCIA _____
FORMA DE OCURRENCIA: _____		
_____		
LESION SUFRIDA: _____		
INDICAR SI HA SIDO ACCIDENTE DE TRABAJO: _____		
¿HA INTERVENIDO ALGUNA AUTORIDAD?: _____ ¿CUAL? _____		
OBSERVACIONES Y COMENTARIOS: _____		
_____		

**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.

El asegurado declara el contenido cierto de lo arriba manifestado y firma la presente en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: