



PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES ALUMNOS UNIVERSIDAD DE NAVARRA

TOMADOR: UNIVERSIDAD DE NAVARRA	
NÚM. POLIZA: 055-2480164422	NÚM. DE EXPEDIENTE (1):

(1).Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del expediente al tel. 91.836.62.24

DATOS DEL LESIONADO		
NOMBRE Y APELLIDOS:	DNI:	EDAD:
FACULTAD:	DOMICILIO:	LOCALIDAD:
PROVINCIA:	CP.:	TELEFONO:

CERTIFICADO DEL ACCIDENTE	
D./DÑA. DNI N°	
En nombre y representación de la Entidad arriba indicada, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:	
LUGAR DE OCURRENCIA:	
DOMICILIO:	TELEFONO:
FECHA DE OCURRENCIA:	HORA:
FORMA DE OCURRENCIA:	
ATENCIÓN SANITARIA EN:	

<p>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS</p> <p>Responsable: MAPFRE VIDA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA Finalidades: El cumplimiento del contrato de seguro y gestión de siniestros, prevención del fraude; gestión centralizada de sus datos a través del recursos informáticos, organizativos y administrativos en su relación con las entidades del Grupo MAPFRE. Legitimación: Ejecución del Contrato, Obligación Legal e Interés Legítimo. Destinatarios: Podrán comunicarse datos a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades descritas y al tomador de la póliza de seguro, 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: https://app.mapfre.es/RGPD#/Docs/MV-PRESTACIONES-02ES</p> <p>Mediante su firma queda informado sobre el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones indicados. En caso de facilitar datos de personas diferentes a usted, deberá informarles de los mismos. Si proporciona datos de menores de dieciséis años o dependientes, deberá haber informado de dichos términos a los tutores legales del menor o dependiente.</p>

Firma del Lesionado

Firma y Sello del representante de la Entidad/Tomador



<p>NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE :</p> <p>1) El colectivo cumplimentará en su totalidad este impreso y comunicará el siniestro a MAPFRE VIDA, a través del nº 918366224 2) El lesionado hará entrega del parte en el centro sanitario concertado como condición previa para ser atendido con cargo a la póliza. Se debe incluir necesariamente en el mismo 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/ María Tubau 10 edf. A 5ª planta- Madrid 28050 La factura deberá ir emitida a : MAPFRE VIDA . CIF:A-28229599 Crta de Pozuelo, 50- Majadahonda- 28220 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 e-mail: daper.mapgen@mapfre.com</p>
--