

PROTOCOLO DE TRAMITACIÓN DE ACCIDENTES MAPFRE

En caso de accidente se deberá llamar a la compañía aseguradora Mapfre al teléfono 902 811 899 e indicar el número de póliza, así como una breve descripción de los hechos y los datos personales del lesionado. La ocurrencia de un siniestro debe serle comunicada a la Compañía lo antes posible y como máximo dentro de los siete días siguientes de haberlo conocido

Realizado este trámite, se procederá a cumplimentar el parte de Mapfre indicando la referencia que la compañía habrá facilitado en la apertura del siniestro y enviarlo a la dirección de correo electrónico sonia.escribano@willstowerswatson.com

En caso de precisar Asistencia Sanitaria derivada de accidente, deberán acudir a los siguientes centros concertados de la provincia de Alicante; sin perjuicio de poder acudir en caso de urgencia vital a cualquier centro hospitalario.

Hospitales concertados en la provincia de Alicante:

Nombre	Localidad	Dirección	Teléfono	Horario
■ Centro Clínico Dr. Morán Traumasport	☿ 03014 Alicante	C/ Gran Vía Sidi Ifni, 17	☿ 965269109	De lunes a viernes de 09:00 a 21:00
■ Hospital Internacional Medimar	☿ 03016 Alicante	Av. Denia, 78	☿ 965162200	24 horas
■ Hospital Perpetuo Socorro	☿ 03013 Alicante	Pl. Doctor Gómez Ulla, 15	☿ 965201100	24 horas
■ Hospital de Levante	☿ 03503 Benidorm	C/ Ramón y Cajal, 7	☿ 966878787	24 horas
■ Centro Clínico Denia	☿ 03700 Denia	C/ Beniarnut, 1	☿ 966420079	24 horas
■ Hospital IMED Elche	☿ 03203 Elche	C/ Max Planck, s/n	☿ 966915151	24 horas
■ Policlínica La vega	☿ 03300 Orihuela	C/ Obispo Rocamora, 12	☿ 966342646	De lunes a viernes de 09:00 a 21:00
■ Centre Medic La Pau	☿ 03780 Pego	C/ San Rafael, 67	☿ 966402132	De lunes a viernes de 08:00 a 14:00 y de 16:00 a 20:00
■ Hospital San Jaime	☿ 03180 Torreveja	C/ Partida de la Loma, s/n	☿ 966921313	24 horas

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES

Nº DE PÓLIZA: _____

Nº DE EXPEDIENTE: _____

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ D.N.I. _____

PROFESIÓN : _____ EDAD: _____ TELÉFONO: _____ / _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

POBLACIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA: _____ HORA: _____ LUGAR DE OCURRENCIA: _____

FORMA DE OCURRENCIA: _____

LESIÓN SUFRIDA: _____

¿HA ACUDIDO A ALGÚN CENTRO MÉDICO?: _____ ¿CUÁL? _____

¿HA SIDO ACCIDENTE DE TRABAJO?: _____ ¿TIENE PÓLIZA DE ACCIDENTES CON OTRA CÍA? _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____

¿HA INTERVENIDO ALGUNA AUTORIDAD?: _____ ¿CUÁL? _____

OBSERVACIONES O COMENTARIOS: _____

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito **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. La valoración de los daños ocasionados en su persona. La cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponda. El pago del importe de la referida indemnización. Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez extinguida la relación contractual. Asimismo, **acepta** que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente, a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguro, y 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 sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones 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 creado está ubicado en General Peron, 40, 28020 Madrid, bajo la supervisión y control de Mapfre Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros sobre la vida humana, 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 de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

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

Fdo.: