HUIDOBRO LABARGA
CORREDURIA DE SEGUROS S.L.
Antonio Machado 6, Entpl-B
09005 Burgos
Telf.: 947 04 08 30
info@huidobroseguros.es
www.huidobroseguros.es

RAMO ACCIDENTES **Nº PÓLIZA: 026S01212EVE**

PARTE DE ACCIDENTES PARA ASISTENCIA SANITARIA

TOMADOR DEL SEGURO	**HERMANDAD DE PEÑAS DE BURGOS**
Nº DE PÓLIZA	**026S01212EVE**
Nº DE EXPEDIENTE	

(*) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte del Tomador al teléfono del Centro de Asistencia: 91 737 16 68

DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI		**EDAD**	
DOMICILIO			
PROVINCIA Y LOCALIDAD		**C.P.**	
EMAIL			
Nº DE LICENCIA		**TELEFONO**	

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D. / Dña. _____ DNI nº _____

CLUB : _____

En nombre y representación del Tomador del Seguro arriba indicado, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO:

FECHA DEL SINIESTRO: _____

FORMA DE OCURRENCIA: _____

_____

_____

CENTRO SANITARIO: _____

El perjudicado/accidentado 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 que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoración de los daños ocasionados en su persona, cuantificando en su caso la indemnización que le corresponda y el pago del importe de la referida indemnización. 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 citadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Información Protección de Datos

RESPONSABLE: MARKEL INSURANCE SE, SUCURSAL EN ESPAÑA C.I.F.: W2764898I ,Paseo de la Castellana, 259C, Planta 34, Torre de Cristal, 28046 Madrid, España, a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o a markel@delegado-datos.com. **FINALIDADES:** Prestación de la asistencia médica derivada de la póliza contratada con MARKEL. **LEGITIMACIÓN:** Ejecución del contrato de asistencia médica derivada del seguro contratado con MARKEL. **CESIONES:** Las necesarias para la prestación de los servicios sanitarios contratados. A MARKEL para pueda conocer el acto prestado y hacer frente a su responsabilidad y, en los casos legalmente establecidos. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia de la póliza con MARKEL y, finalizada ésta, según las exigencias de conservación de la documentación clínica de la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. **DERECHOS:** Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.aepd.es). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados.

Firma y sello del representante de la Entidad

Firma del Lesionado