

PARTE DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO-SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

Datos a cumplimentar por la compañía Nº SOLICITUD _____ FECHA RECEPCIÓN _____ OFIC. TRAMITADORA _____

Cumplimentar por el asegurado utilizando letras mayúsculas

DATOS PERSONALES

Nº póliza: 7160286

Tomador del seguro: UCESHA (Sindicato Unión de Grupos C de Hacienda)

Asegurado/a _____ F. Nacimiento _____

NIF asegurado/a _____ Tel. particular: _____ C.DE TRABAJO _____

Dirección particular _____

Localidad _____ C. Postal _____ Provincia _____

Ocupación profesional _____ Edad _____ (años) _____

Cuenta bancaria (Código Cuenta Cliente) _____

DATOS DEL SINIESTRO

Origen del siniestro. (Marcar con una X lo que proceda): Enfermedad común _____ Accidente no laboral _____

Enfermedad que padece _____

Descripción del accidente _____

Detalle de las lesiones sufridas _____

¿Ha tenido síntomas de la dolencia con anterioridad? SI _____ NO _____

El asegurado declara que el presente documento es una declaración voluntaria y responsable de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismo en su caso, pudiera corresponderle según lo dispuesto en el contrato y en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro.

Los datos de salud, pueden ser comunicados entre la aseguradores y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o centros de salud, para controlar y ejecutar la prestación indemnizatoria garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores de servicios de salud, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos de salud, en cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad.

MAPFRE se encuentra ubicado en la Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE. MAPFRE ha adoptado las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con la Ley 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 de salud, en cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad.

Yo, el/la asegurado/a, declaro que la anterior declaración no contiene inexactitud ni ocultaciones sobre su estado de salud y que, por la presente, autoriza a todos los empleados de MAPFRE FAMILIAR, en relación con esta solicitud de indemnización.

En _____, a _____ de _____ de _____

Don /Doña _____

Muy importante: junto a la presente declaración deberá aportar:
Fotocopia del NDI
Fotocopia compulsada de la nómina del mes correspondiente al periodo de baja y fotocopia compulsada de la nómina del mes anterior donde no se produjo el descuento.
Certificado firmado por el Centro de Trabajo donde se indique el número de días de baja y se especifique que la reducción en nómina se debe al amparo del art. 9 del RDL 20/2012 y/o de la Disposición Adicional Trigésima Octava de la Ley 17/2012, de 27 de diciembre, en materia de ausencias por enfermedad o accidente.