

RAMO ACCIDENTES

Nº PÓLIZA: 021S00890ACO

PARTE DE ACCIDENTES PARA ASISTENCIA SANITARIA

| | |
|---------------------------|---------------------------------|
| TOMADOR DEL SEGURO | UNIVERSIDAD DE CANTABRIA |
| Nº DE PÓLIZA | 021S00440EVE |
| 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 | | | |
| CENTRO ACADÉMICO | | TELEFONO | |

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

| | |
|---|---------------------|
| D. / Dña. _____ | DNI nº _____ |
| CENTRO: _____ | TELÉFONO: _____ |
| 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: _____ | |
| FECHA DEL SINIESTRO: _____ | |
| FORMA DE OCURRENCIA: _____ | |
| _____ | |
| CENTRO SANITARIO: _____ | |
| <p>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.</p> <p>Información Protección de Datos RESPONSABLE: Canal Salud 24 S.L., – Edificio las Rozas 23 - oficina 3 - Planta 1ª. Ctra. de la Coruña Km. 23.200 28232 Las Rozas (MADRID) a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o a protecciondedatos@canalsalud24.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.agpd.es). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados.</p> | |
| Firma y Sello del representante de la Entidad | Firma del Lesionado |