

ANEXO Nº 1

PARTE DE ACCIDENTES.

TOMADOR	
Nº DE PÓLIZA	
Nº DE EXPEDIENTE (1)	

(1) Referencia facilitada por la Compañía cuando se comunica el accidente por parte del Tomador al tel. 902 30 20 24 (atención las 24 horas del día)

DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA

NOMBRE Y APELLIDOS			
NIF	EDAD	TELEFONO DE CONTACTO	
DOMICILIO			C.P.
LOCALIDAD Y PROVINCIA			

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D/Dña. _____ Con D.N.I. nº _____
 En su cargo de: _____ Del centro _____

y en representación del Tomador del Seguro, Certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____

FECHA DE OCURRENCIA: _____

DESCRIPCIÓN DE CÓMO HA OCURRIDO: _____

ACTIVIDAD QUE REALIZABA _____

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.

W.R BERKEY Y CANAL SALUD 24 S.L. como entidad colaboradora asumen 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 trece de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad Canal Salud 24 S.L. a la dirección - 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 por correo electrónico a la dirección protecciondedatos@canalsalud24.com.

Firma y sello del Representante del Tomador

Firma de la persona accidentada

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE

- El tomador del seguro, cumplimentará en su totalidad éste impreso y comunicará el accidente al ASEGURADOR a través del teléfono 902 30 20 24, donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso al ASEGURADOR mediante FAX al número 902 87 52 30 o por correo electrónico a la dirección gestion@canalsalud24.com
- Una vez facilitado el número de expediente, el lesionado acudirá al Centro Médico concertado que le indique el Equipo Médico para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.

SEDE SOCIAL: Paseo de la Castellana, 149 - 28046 Madrid - Tel +34 91 449 26 46 - Fax +34 91 449 26 99

OFICINA: Gran Vía de les Corts Catalanes 632 C - 08007 Barcelona - Tel +34 93 481 47 29 - Fax +34 93 481 47 37