

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: **619 0615**

Tomador del seguro: SINDICATO GESTHA (Sindicato de Técnicos del Ministerio 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 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 los gastos y, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad.

MAPFRE S.A. ubicada en la Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE S.A. medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con la Ley 19/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita dirigida a Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid).

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 datos de salud que faciliten información complementaria a 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.