

Declaración de Accidente



Tomador:

Nº Póliza: Periodo: a

Colectivo:

Datos del accidente

Fecha: Persona accidentada:

Explique detalladamente cómo ocurrió el accidente:

Lesiones sufridas:

Información necesaria para la gestión del reembolso:

- Copia del D.N.I. legible y en vigor del Asegurado.
- Copia del documento que acredite al asegurado como miembro del grupo asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, así como documento acreditativo del capital contratado. Habrá de estar en los listados de la póliza o comunicado a la compañía

- Documento que acredite la fecha del Accidente.
- Parte de primera asistencia médica y/o informe médico de ingreso detallando la naturaleza, causas, circunstancias del Accidente, así como la dolencia que padece el asegurado consecuencia del Accidente cubierto por la Póliza.
- Facturas originales de los gastos médicos ocasionados como consecuencia del Accidente cubierto por la Póliza.
- Datos Bancarios del/los beneficiarios(s) (fotocopia de la cartilla o documento que acredite la titularidad y dónde conste el código IBAN completo).

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. Más información en nuestra política de privacidad (www.markel.com.es/).

En: a de de

Conformidades:

Firma y Sello del representante de la Entidad:

Firma del Lesionado:

Markel Insurance SE, Sucursal en España
Torre de Cristal, Paseo de la Castellana 259C, Planta 34, 28046 Madrid

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid Tomo 37.853, Folio 1, Hoja M-674189, Inscripción 1
C.I.F.: W2764898I

Markel Insurance SE está regulada por BaFin (**Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht**)

Markel Insurance SE, Sucursal en España está regulada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con código de inscripción E-0235.

