

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

1. DATOS DE LA PÓLIZA

PÓLIZA:

TOMADOR:

EXPEDIENTE:

LESIONADO:

REFERENCIA HNA:

2. LUGAR, FECHA Y HORA DE OCURRENCIA

LUGAR:

FECHA:

Y HORA:

DESCRIPCIÓN / CAUSA SINIESTRO:

3. ASISTENCIA MÉDICA INICIAL

MEDICO/ CENTRO ASISTENCIAL:

FECHA ASISTENCIA:

DIAGNOSTICO:

FIRMA DEL ACCIDENTADO O REPRESENTANTE _____ FIRMA Y/O SELLO DEL TOMADOR

El firmante consiente y autoriza expresamente el registro y tratamiento de los datos de carácter personal por parte de MGS Seguros y Resaseguros S.A. como responsable de los ficheros, quien garantiza que los mismos serán tratados en la forma prevista en la ley 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal. Igualmente le autoriza para la cesión de dichos datos a otras entidades por razones directamente relacionadas con la gestión de la prestación.

El titular de los datos, podrá revocar la autorización concedida así como ejercer de manera gratuita sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a MGS Seguros y Resaseguros S.A. por escrito al domicilio sito en Avenida Diagonal 543, 08029 Barcelona o vía fax al número 93 321 7296.