

PROTOCOLO para el seguro de ACCIDENTE

AUNEX AULA DE EXPERIENCIA 2015 / 2016



MODO DE UTILIZAR LA PÓLIZA Nº : 055 1580415298

Urgencia vital, puede dirigirse al Centro Sanitario más Próximo, informar a la Compañía asegurador al teléfono que se indica antes de 7 días.

1. **LLAMAR al 902.136.524.** Atención de MAPFRE VIDA. Solicitan:

Número de póliza Alumnos Nº 055 1580415298

Nombre del tomador : UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

Identificación del asegurado

Información del suceso

2. Por teléfono le asignarán un número de expediente, para poner en el encabezamiento del Parte de Accidentes, adjunto.

3. Deberá dirigirse al Centro Sanitario donde le remitan, con el Parte de Accidentes cumplimentado

4. En la clínica deberá presentar la hoja rellena del Parte de Accidentes

Según la Ley de Contrato de Seguro la definición de ACCIDENTE, se considera como tal la "lesión corporal que deriva de una causa VIOLENTA, SUBITA, EXTERNA y ajena a la intencionalidad del asegurado".

GARANTÍAS PÓLIZA DE ACCIDENTES ALUMNOS AUNEX

Cobertura: En horas lectivas e in Itinere

Garantías:

- Fallecimiento accidental	6.000,00 euros
- Invalidez Permanente según baremo hasta	12.000,00 euros
- Incapacidad profesional total por accidente	12.000,00 euros
- Incapacidad profesional absoluta	12.000,00 euros
- Gran Invalidez por accidente	12.000,00 euros
- Gastos Sanitarios en centros de la compañía	ILIMITADOS
- Gastos Sanitarios de libre elección	6.000,00 euros

EXCLUSIONES más importantes. Todos los riesgos no asegurables en el Condicionado General adjunto.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la póliza, además de las limitaciones específicas para cada una de ellas, los siguientes supuestos:

a) **Provocación intencionada del siniestro por parte del Asegurado.**

a) **Las consecuencias o secuelas de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.**

b) **La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares, así como la práctica de deportes o actividades notoriamente peligrosas y especialmente las siguientes: automovilismo, motociclismo, submarinismo, navegación de altura (en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros), escalada, espeleología, boxeo, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.**

c) **La utilización, como pasajero o tripulante, de helicópteros y medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros.**

d) **Tirones, roturas o desgarros musculares, lumbalgias y hernias de cualquier naturaleza.**

f) **Accidentes sufridos por estar embriagado o bajo el efecto, de drogas, tóxicos o estupefacientes, siempre que cualquiera de estas circunstancias haya sido causa determinante del accidente. .../...**

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES

Nº DE PÓLIZA: _____

Nº DE EXPEDIENTE: _____

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ D.N.I. _____
PROFESIÓN : _____ EDAD: _____ TELÉFONO: _____ / _____
DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____
POBLACIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA: _____ HORA: _____ LUGAR DE OCURRENCIA: _____
FORMA DE OCURRENCIA: _____

LESIÓN SUFRIDA: _____
¿HA ACUDIDO A ALGÚN CENTRO MÉDICO?: _____ ¿CUÁL? _____
¿HA SIDO ACCIDENTE DE TRABAJO?: _____ ¿TIENE PÓLIZA DE ACCIDENTES CON OTRA CÍA? _____
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____
¿HA INTERVENIDO ALGUNA AUTORIDAD?: _____ ¿CUÁL? _____
OBSERVACIONES O COMENTARIOS: _____

El perjudicado/lesionado 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: El cumplimiento del propio contrato de seguro. La valoración de los daños ocasionados en su persona. La cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponda. El pago del importe de la referida indemnización. Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez extinguida la relación contractual. 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 indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguro, y que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero creado está ubicado en Ctra. Pozuelo nº 50, 28222 – Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE VIDA SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA, quien asume 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 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

El asegurado declara el contenido cierto de lo arriba manifestado y
firma la presente en

_____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: