

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

TOMADOR:

Nº de PÓLIZA:  Nº EXPEDIENTE:

(1) Referencia facilitada por la Compañía a la comunicación del accidente por parte de la Federación al tel. **91 737 06 34** (llamadas nacionales), +34 91 737 06 34 (llamadas internacionales). Enviar obligatoriamente a la dirección: **gestion@canalsalud24.com**.

**DATOS DEL LESIONADO**

Nombre y Apellidos:	<input type="text"/>	Nº De Licencia:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>	Piso:	<input type="text"/>
Cód Postal:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
DNI:	<input type="text"/>	Edad:	<input type="text"/>
		Letra:	<input type="text"/>
		Telf:	<input type="text"/>
		E-mail:	<input type="text"/>

**CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE**

D./Dña. , con DNI nº  en condición de

, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

Lugar de ocurrencia:

Domicilio:

Fecha de ocurrencia:

Forma de Ocurrencia:

Atención Sanitaria en:

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. MURIMAR MUTUA Y CANAL SALUD 24 SL como entidad colaboradora asumen la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa el primero como Responsable del Tratamiento y el segundo como Encargado del tratamiento, para proteger la confidencialidad e integridad de la información de acuerdo con lo establecido en la Ley UE 679/2016 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, supresión, limitación, oposición y portabilidad 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 23200 28232 Las Rozas (MADRID) a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o por correo electrónico a la dirección [protecciondedatos@canalsalud24.com](mailto:protecciondedatos@canalsalud24.com) o [dpo@canalsalud24.com](mailto:dpo@canalsalud24.com)

**Firma del Lesionado**

**Firma y Sello del Tomador**