

DELEGACION DE: _____ N.º POLIZA EN ASISA: _____

DATOS PERSONALES DEL LESIONADO

Nombre y apellidos del lesionado _____

Domicilio _____

Código Postal _____ Población _____ Provincia _____

E-mail _____ Teléfono fijo _____ Teléfono Móvil _____

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del Accidente _____ Lugar _____

Provincia _____

ACCIDENTE CON CONTRARIO ACCIDENTE SIN CONTRARIO ATROPELLO

DATOS DEL VEHÍCULO DEL LESIONADO (Veh. A)

Marca y Modelo _____ Clase _____ Matrícula _____

Nombre y apellidos del conductor _____

Compañía aseguradora _____

N.º póliza _____

OTROS VEHÍCULOS INTERVINIENTES (Veh. B)

Marca y Modelo _____ Clase _____ Matrícula _____

Nombre y apellidos del conductor _____

Compañía aseguradora _____

N.º póliza _____

OTROS VEHÍCULOS INTERVINIENTES (Veh. C)

Marca y Modelo _____ Clase _____ Matrícula _____

Nombre y apellidos del conductor _____

Compañía aseguradora _____

N.º póliza _____

OTROS VEHÍCULOS INTERVINIENTES (Veh. D)

Marca y Modelo _____ Clase _____ Matrícula _____

Nombre y apellidos del conductor _____

Compañía aseguradora _____

N.º póliza _____

DATOS ASISTENCIALES

Lesiones _____

Centros asistenciales y asistencia recibida _____

Descripción del Accidente

Gráfico de las calles donde ocurrió el accidente, con la situación de los vehículos y forma de la colisión

Responsable _____

Datos de otras personas lesionadas. Nombre y apellidos

Domicilio

Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

El lesionado (1)

(1) Si el firmante no es el lesionado, se deberá consignar nombre, apellidos y D.N.I. del firmante y relación con el accidentado.

IMPORTANTE: Sin la cumplimentación de este documento, ASISA no se hará cargo de la asistencia médica (Convenio ASISA-MUFACE, ASISA-ISFAS, ASISA-MUGEJU y condiciones generales y particulares de la póliza)

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U. le informa de que sus datos podrán ser tratados con la finalidad de ejercer el derecho de subrogación, en los derechos que, en su caso, correspondan al asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro.

La base legitimadora de dicho tratamiento se encuentra en lo dispuesto en el artículo 82 de la Ley 50/80, de 8 de octubre de Contrato de Seguro.

Asimismo, tales datos podrán ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros médicos, hospitales u otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA o en su sitio Web www.asisa.es.

Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo.

El tratamiento de los datos con la finalidad indicada se mantendrá mientras subsista cualquier relación de negocio o contractual con ASISA.

Para ejecutar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, así como la limitación y la portabilidad de sus datos en los términos que establece la normativa vigente de protección de datos, el interesado deberá dirigirse por escrito a la Calle Juan Ignacio Luca de Tena número 12, 28027 Madrid o, bien, mediante correo electrónico a la dirección DPO@grupoasisa.com. En ambos casos, el interesado deberá facilitar junto al escrito correspondiente una fotocopia de su Documento Nacional de Identidad.

Fecha y Firma: / /

N.º Póliza