

TOMADOR::

POLIZA:

Nº DE EXPEDIENTE

DATOS DEL LESIONADO

APELLIDOS Y NOMBRE: _____	
DOMICILIO: _____	TFNO.: _____
POBLACION: _____	PROVINCIA: _____
DOMICILIO DEL TOMADOR _____	
TFNO. DEL TOMADOR _____	

CERTIFICACION DEL ACCIDENTE

D./Dña.: _____ con D.N.I _____ en representación del tomador arriba indicado , certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican:
FECHA DEL ACCIDENTE: _____
LUGAR DE OCURRENCIA: _____
FORMA DE OCURRENCIA: _____

INFORME MEDICO

FECHA DE LA PRIMERA ASISTENCIA SANITARIA : _____
DESCRIPCION DE LAS LESIONES: _____
MEDICO O CENTRO QUE EFECTUA LA PRIMERA CURA: _____

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.

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 sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

El perjudicado/lesionado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y/ o cancelación de datos, así como revocar cualquier autorización conferida dirigiéndose por correo **al Dpto. de Protección de Datos Personales de Seguros Bilbao sito en C/ Sabino Arana nº 20, 48013 Bilbao, Vizcaya.**

Firma del Accidentado

Firma y sello del representante del Tomador

NORMAS DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE

1. Cumplimentar el Parte de Accidentes (documento adjunto). Dicho parte deberá ser firmado y sellado por la Empresa

2. Poner en conocimiento del Asegurador el accidente.

Llamando al Centro de Atención 24 horas de SEGUROS BILBAO, teléfono **902 36 74 73**. El accidente debe ser comunicado inmediatamente tras su ocurrencia.

En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Datos personales del lesionado.
- Fecha y forma de ocurrencia.
- Daños físicos sufridos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención facilitará el número de expediente, que deberá ser anotado en el encabezamiento de la Declaración de Siniestro.

3. Remisión del parte.

El comunicante remitirá posteriormente la Declaración de Siniestro a SEGUROS BILBAO.

4. El lesionado ha de acudir al Centro Médico.

Aportando la Declaración de Siniestro debidamente cumplimentada. (Es imprescindible para recibir asistencia que en la declaración de siniestro conste el número de expediente).

5. Casos de URGENCIA VITAL.

En casos de **URGENCIA VITAL** el Asegurador se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia sanitaria urgente prestada desde la fecha de ocurrencia del accidente, que deberá ser notificado a la Aseguradora en menos de 24 horas desde la ocurrencia del mismo.

Siempre que sea posible el traslado del lesionado a un centro Médico concertado o autorizado expresamente por el Asegurador, el mismo se realizará durante las primeras 24 horas desde la ocurrencia del accidente.

AUTORIZACIONES

PARA EL MEDICO O CENTRO MEDICO:

Se necesita AUTORIZACION de la Compañía para ingresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas, estudios complementarios como Resonancias, Tac, Scanner, Ecografías y Rehabilitación, a tal fin se remitirá a SEGUROS BILBAO la solicitud médica de dicha petición para su autorización.

Rogamos sea enviado este PARTE DE SINIESTRO, INFORMES MEDICOS y FACTURAS a SEGUROS BILBAO