

NÚMERO DE SINIESTRO \_\_\_\_\_

## PARTE DE ACCIDENTES

**CUMPLIMENTE SÓLO LOS DATOS EN NEGRO.**

**CONSIGNE LOS DATOS CON LA MAYOR EXACTITUD POSIBLE. UTILIZANDO LETRAS Y NÚMEROS CLAROS.**

TOMADOR DEL SEGURO \_\_\_\_\_

D./Dña.: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PÓLIZA \_\_\_\_\_

ADMINISTRADOR \_\_\_\_\_

ASEGURADO LESIONADO \_\_\_\_\_

D./Dña.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

FECHA SINIESTRO \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

PROFESIÓN \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

GARANTÍAS

Muerte: \_\_\_\_\_ euros

Incapacidad temporal \_\_\_\_\_ euros

Invalidez permanente: \_\_\_\_\_ euros

Asistencia sanitaria: Sí  NO

PREGUNTAS A CONTESTAR POR EL TOMADOR

¿Dónde ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

¿Qué estaba realizando el Asegurado cuando ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Cuáles han sido las causas del accidente, de qué modo se han producido y cuáles han sido sus consecuencias hasta ahora? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar donde trabaja el lesionado \_\_\_\_\_

¿Ejecuta los trabajos por cuenta propia o por cuenta ajena? En este último caso indique nombre o denominación social de la empresa contratante y su domicilio social correspondiente \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron las personas que presenciaron el accidente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Está el lesionado dado de alta en la Seguridad Social? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tiene contratado cualquier otro régimen de previsión colectiva o de accidentes? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuál y por qué cantidades? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos personales que usted nos proporciona son necesarios para el mantenimiento y control de la relación que nos vincula con usted o su empresa y son incorporados a ficheros, automatizados o no, de los que es responsable MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija (MUSAAT) y ello con la finalidad de la gestión e información de presupuestos, la tarificación, el mantenimiento y ejecución contractual de su seguro, la prevención del fraude, la selección del riesgo, el análisis actuarial y estudios de prevención y estadísticos, la gestión de posibles siniestros y el envío de cualquier otra información derivada de su condición de cliente de cualesquiera de los productos o servicios contratados con MUSAAT. La introducción de todos los datos es voluntaria pero necesaria para poder atender su solicitud o mantener su relación con MUSAAT.

Sin perjuicio de lo anterior, usted consiente expresamente que sus datos puedan ser cedidos, exclusivamente para los fines indicados, a entidades con las que se firme un contrato de colaboración, reaseguro, coaseguro, y a los Colegios Oficiales.

Asimismo, y en cumplimiento del artículo 21 de la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de información y de comercio electrónico (LSSICE), usted solicita y presta su pleno consentimiento a las entidades y corporaciones del Grupo MUSAAT, que son aquellas que, en cada momento, figuren en la dirección de Internet ([www.musaat.es](http://www.musaat.es)) para que procedan al envío, por correo electrónico o cualquier otro medio de comunicación electrónica equivalente, de información derivada de su condición de cliente relativa a los productos y servicios contratados.

Le comunicamos que podrá revocar dicho consentimiento en todo momento y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito remitido a MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija, c/ Jazmín, 66, 28033 (Madrid) o a la siguiente dirección de correo electrónico: [atencionLOPD@musaat.es](mailto:atencionLOPD@musaat.es).

En el caso de los datos relativos a la salud, usted consiente expresamente el tratamiento de los mismos, cuando sean necesarios para la gestión e información de presupuestos, para, en su caso, la aceptación del riesgo y/o la tramitación de un posible siniestro; así como para el mantenimiento y ejecución contractual de su seguro.

Usted se compromete a facilitar datos verdaderos, exactos, completos y actualizados, informando a MUSAAT de cualquier actualización de los mismos, siendo usted responsable de cualquier perjuicio que se pudiera ocasionar a MUSAAT o terceras entidades como consecuencia de incumplir dicha obligación.

En el caso de que usted no sea el titular de la información facilitada, se compromete a informar previamente, a las personas de las cuales facilita los datos personales, del contenido de la presente política de privacidad, facilitando a los mismos, si fuera necesario, copia impresa de la misma y/o del documento firmado.

El \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

El Tomador del Seguro,

SEGURO DE ACCIDENTES

## SEGURO DE ACCIDENTES CUMPLIMENTAR POR EL MÉDICO

Concerniente al lesionado D./Dña. \_\_\_\_\_

Empleado de \_\_\_\_\_

Fecha del accidente \_\_\_\_\_

Descripción de las lesiones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué síntomas objetivos ha podido observar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuál es su diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Cree que el Asegurado ha podido seguir realizando sus ocupaciones teniendo en cuenta su profesión habitual? \_\_\_\_\_

¿Sufrió el Asegurado alguna mutilación, anquilosamiento de alguna parte del cuerpo, pérdida de uso o funcional antes del accidente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha podido apreciar alguna alteración anatómica o enfermedad independiente antes del accidente? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿el accidente ha causado, favorecido o agravado sus consecuencias? \_\_\_\_\_

¿Las lesiones le incapacitan para su trabajo habitual? \_\_\_\_\_

¿Hay que temer que el lesionado fallezca a consecuencia de este accidente? \_\_\_\_\_ ¿O es probable una invalidez permanente absoluta o parcial? \_\_\_\_\_

¿El padecimiento del lesionado es únicamente a consecuencia del accidente? \_\_\_\_\_

¿Es previsible que después del accidente el Asegurado sufra alguna mutilación, pérdida anatómica o impotencia funcional permanente? Detállese con precisión.

Anatómicas: \_\_\_\_\_

Clínicas: \_\_\_\_\_

Funcionales: \_\_\_\_\_

¿Es presumible la curación completa? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo estima tardará? \_\_\_\_\_

Reanudación parcial del trabajo, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_

Reanudación total del trabajo, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_

OBSERVACIONES: Motivo de un retraso eventual de la curación, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué disposición ha tomado para la curación? \_\_\_\_\_

¿Dónde se encuentra el lesionado? \_\_\_\_\_

El \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_ a las \_\_\_\_\_ de la mañana  
tarde

COLEGIADO \_\_\_\_\_

D./Dña. \_\_\_\_\_ Nº. \_\_\_\_\_

Consulta \_\_\_\_\_