

## PARTE DE ACCIDENTES

NÚMERO DE SINIESTRO \_\_\_\_\_

**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** \_\_\_\_\_

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

D./Dña.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**ADMINISTRADOR** \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija
<b>Finalidad</b>	Tramitación de un siniestro derivado de los daños corporales que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente
<b>Legitimación</b>	Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras
<b>Destinatarios</b>	Se prevé la cesión de sus datos de carácter personal a entidades y corporaciones del Grupo MUSAAT, así como a otras entidades con las que se firme un contrato de colaboración. No hay previsión de transferencias a terceros países
<b>Derechos</b>	Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación de tratamiento, portabilidad y oposición tal y como se explica en la información adicional o segunda capa. También tiene derecho a presentar reclamaciones ante MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija, a través de su Servicio de Atención al Cliente
<b>Información adicional</b>	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página web: <a href="http://www.musaat.es/protecciondatos">www.musaat.es/protecciondatos</a>

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

El tomador del seguro,

## 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? \_\_\_\_\_

¿Sufría 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. \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_

Consulta \_\_\_\_\_