

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

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? _____

Las comunicaciones que MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija, realice al tomador en relación a su póliza de seguro que tenga contratada con la Mutua, se efectuarán a la dirección de correo electrónico facilitado o designado por el tomador de la póliza.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija
Finalidad	Tramitación de un siniestro derivado de los daños corporales que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente
Legitimación	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
Destinatarios	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
Derechos	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
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página web: www.musaat.es/protecciondatos

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°. _____

Consulta _____