SOLISS
Seguros desde 1933

PARTE DE ACCIDENTES PARA ASISTENCIA SANITARIA

DATOS DE PÓLIZA Y EXPEDIENTE DE SINIESTRO

TOMADOR DEL SEGURO			
Nº DE PÓLIZA		**Nº DE EXPEDIENTE (1)**	

(1) El Nº de Expediente será facilitado por la Compañía al comunicar el accidente por parte del Tomador al teléfono del Centro de Asistencia: 925 283 441

Enviar posteriormente, de forma obligatoria, este parte a solissaccidentes@hna.es

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE Y APELLIDOS					
DNI		**EDAD**		**Tlf. Móvil**	
DOMICILIO				**C.P.**	
LOCALIDAD		**PROVINCIA**			
EMAIL					

DATOS Y CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D.Dña ..... DNI.....y teléfono de contacto:.....

En nombre y representación del Tomador del Seguro arriba referenciado, CERTIFICA la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

Lugar de Ocurrencia:.....

Fecha de Ocurrencia:..... **Hora de Ocurrencia**:.....

Forma de Ocurrencia (Descripción detallada):.....

.....

..... **Actividad:**.....

Daños Físicos:.....

Centro Sanitario:.....

Soliss Mutua de Seguros, de nacionalidad española y con domicilio en C/ Cuesta del Águila, 5, 45001, Toledo, es el responsable del tratamiento de los datos facilitados en el presente cuestionario. Dichos datos serán tratados de manera confidencial según lo previsto en el Reglamento 2016/679 de Protección de Datos, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados.

El perjudicado/accidentado del siniestro anteriormente descrito autoriza a SOLISS MUTUA, y a CANAL SALUD GLOBAL S.L., este último como encargado del tratamiento de los datos suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos, así como a otros profesionales médicos para que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoración de los daños ocasionados en su persona, cuantificando en su caso la indemnización que le corresponda y el pago del importe de la referida indemnización.

El Tomador/Asegurado/Beneficiario tienen la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, al borrado y al olvido, a la limitación del tratamiento y portabilidad, así como a la oposición y cancelación, pudiendo ejercitar dichos derechos en la dirección indicada o al email soliss@soliss.com.

Para completar el contenido y las disposiciones sobre el deber de información, puede consultar la Política de Privacidad de nuestra web: www.soliss.es

Fecha y Firma del Lesionado **Firma y sello del representante del Tomador**

El firmante de este documento se hará cargo de los gastos derivados de la utilización del mismo en caso de no estar el lesionado correctamente inscrito en la actividad o incumplir el protocolo de accidentes

R.M. Toledo, Hoja 1 - 1ª, Tomo 186, 1ª de la Sección 4ª.