

Por el presente **Parte de Siniestro** se pone en conocimiento de la Compañía la ocurrencia del accidente de la persona asegurada, sirviendo el mismo como solicitud de la prestación garantizada en virtud de la póliza de seguro.

Póliza Núm.: 6201500335

Datos del Asegurado: *(a cumplimentar por el Asegurado)*

Nombre y apellidos		Teléfono:
Domicilio:		
Localidad:	Provincia:	Código Postal:
Edad:	Profesión:	

Descripción y fecha del accidente:

Fecha y hora de ocurrencia: / / Hora: : Lugar de ocurrencia:

Descripción:

En caso de no realizarse informe médico por el facultativo, hacer descripción de las lesiones sufridas:

Informe médico de baja: *(a cumplimentar por el Médico del Asegurado)*

Nombre y apellidos del Facultativo:		Núm. Colegiado:
Colegio:	Especialidad:	Localidad donde ejerce:
¿Ha padecido el Asegurado esta dolencia con anterioridad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fecha: / /
¿Debe el Asegurado guardar cama o reposo domiciliario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Indicar si impide al Asegurado el desarrollo de su actividad habitual o profesional y en qué medida:		
<input checked="" type="checkbox"/> No impide <input type="checkbox"/> Impide totalmente <input type="checkbox"/> Impide parcialmente		Previsión de días de baja:
Situación del Asegurado: <input type="checkbox"/> en domicilio <input type="checkbox"/> Hospitalizado <i>(indicar nombre del Centro):</i>		
Dirección del Centro:		Teléfono:
Fecha de ingreso: / /	Hora de ingreso:	Duración prevista (días):
Tipo de hospitalización: <input type="checkbox"/> Programada <input type="checkbox"/> Urgencias		

El Asegurado presta su consentimiento expreso para que el Asegurador pueda consultar a los facultativos que lo atiendan o lo hayan atendido, sobre los datos médicos o clínicos relativos al mismo.

En _____, a _____ de _____ de _____
El Facultativo *El Asegurado*

(Imprescindible adjuntar Informe del Médico o Centro Hospitalario que haya prestado la asistencia y pruebas médicas realizadas si las hubiere)

Cuestionario a cumplimentar por el Asegurado:

¿Ejerce otras actividades profesionales además de la declarada en sus datos personales? Detalle cuáles son:

¿Se encuentra actualmente de baja en su empresa? Si No ¿Desde qué fecha?: / /

¿Ha podido realizar al menos de forma parcial sus actividades hasta este momento?: Si No

En caso de sufrir algún tipo de invalidez describa la naturaleza y extensión de la misma:

¿Se trata de accidente de circulación? Si No *(en caso afirmativo deberá adjuntar copia del parte amistoso de accidente, datos de los vehículos intervinientes y copia de las Diligencias Judiciales incoadas así como resultado de pruebas toxicológicas realizadas).*

De conformidad con la normativa vigente de protección de datos, los datos del perjudicado/lesionado del siniestro, suministrados voluntariamente a través del presente Parte de Siniestro, serán tratados por la entidad aseguradora AIG EUROPE S.A. SUCURSAL EN ESPAÑA (en adelante, AIG), en calidad de responsable del tratamiento, al objeto de poder gestionar el siniestro y realizar todo lo necesario para que el perjudicado/lesionado pueda obtener las prestaciones del seguro que le correspondan.

En _____, a _____ de _____ de _____
El Asegurado

Información básica sobre Protección de Datos Personales	
Responsable del tratamiento	AIG EUROPE S.A. SUCURSAL EN ESPAÑA (NIF.:W01862061), Paseo de la Castellana, 216, 4ª planta, 28046 Madrid. Contacto Delegado de Protección de Datos (DPD): correo electrónico protecciondedatos.es@aig.com .
Finalidad del Tratamiento	Sus datos personales, incluidos sus datos de salud, serán tratados por AIG para el cumplimiento de las obligaciones contractuales y legales derivadas del contrato de seguro, incluyendo la tramitación del siniestro sufrido, la valoración y cuantificación de los daños ocasionados en su persona y el pago, en su caso, de la indemnización correspondiente.
Legitimación del Tratamiento	Por parte de AIG la legitimación del tratamiento se basa en la existencia de un contrato de seguro, siendo necesario para la ejecución del mismo, en el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales relacionadas con la actividad aseguradora y en la existencia de consentimiento expreso prestado por el interesado en este documento respecto de los datos de salud que puedan ser suministrados directamente o por determinados terceros.
Conservación de los datos	Sus datos de carácter personal serán conservados conforme a los plazos señalados en la legislación que resulte de aplicación en función de los tratamientos realizados.
Derechos	Como interesado, tiene respecto de sus datos los derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación de tratamiento, oposición al tratamiento, portabilidad de los datos y a solicitar su oposición a la toma de decisiones individuales automatizadas. Puede ejercitar los citados derechos, así como retirar su consentimiento al tratamiento, mediante una comunicación escrita acompañando una fotocopia del Documento Nacional de Identidad u otro homólogo (Pasaporte, NIE) con asunto Protección de Datos a las direcciones postales y electrónicas indicadas anteriormente.
Información adicional de AIG	Puede consultar la información detallada sobre Protección de Datos y nuestra política de privacidad en la página web de AIG: https://www.aig.com.es/politicia-de-privacidad

Su consentimiento

Mediante la firma del presente documento doy mi consentimiento al tratamiento de mis datos y, en particular, mis datos de salud y, asimismo, autorizo a cualquier doctor o personal médico u hospitalario a facilitar a AIG o a sus agentes cualquier información relativa a mi salud (a título enunciativo, pero no limitativo: historial médico, parte de lesiones o enfermedad, informe sobre el diagnóstico o tratamiento prescrito y copias de todos los informes médicos y/o hospitalarios, todo ello relacionado con la reclamación/siniestro referido en este documento).

Para el caso de existir un menor de edad o un incapacitado, los padres/tutores, en cumplimiento de la normativa sobre datos de carácter personal y actuando en su nombre y representación, prestan su consentimiento expreso a que los datos del menor puedan ser tratados para las finalidades señaladas anteriormente.

Usted tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento contactando por escrito mediante carta o correo electrónico dirigido a los responsables del tratamiento.

En caso de no dar su consentimiento, retirar su consentimiento u oponerse al tratamiento existe la posibilidad de que no puedan hacerse efectivas las prestaciones de la póliza de seguros, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para la correcta gestión del siniestro.

Firmado en _____, a __, de _____ del año ____.

Nombre del reclamante: _____

En caso de que la firma sea del representante legal, se deberán incluir los siguientes datos:

Nombre y apellidos: _____

DNI/NIE/Pasaporte: _____

Teléfono: _____