

DECLARACION SINIESTROS DE ACCIDENTE

Póliza 51337184 Accidentes Innominados

Razón Social: UNIVERSIDAD DE SAN JORGE

Domicilio: Carretera A23 Zaragoza-Huesca Km 510 **Población:** VILLANUEVA **País:** ESPAÑA

Teléfono: 976 06 01 00

DATOS DEL ALUMNO CURSO LECTIVO 2026/27

Nombre y Apellidos LESIONADO:

Domicilio:

Población:

Teléfono:

email.:

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha del siniestro:

Hora:

Lugar/Instalación

Población:

Provincia:

País:

Descripción, actividad realizada y causa del siniestro:

ASISTENCIA MEDICA INICIAL

Médico/Centro Asistencial:

Fecha de la Asistencia:

**Firma del Accidentado o
o representante**

Firma y Sello del Tomador

El asegurado del siniestro anteriormente descrito autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para el cumplimiento del propio contrato de seguro, la valoración de los daños ocasionados en su persona, la cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponda y el pago del importe de la referida indemnización. Asimismo, acepta que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente, a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguro, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como responsable del Tratamiento, trata la información que nos facilita de forma lícita, leal y transparente. Sus datos son tratados con fines determinados, explícitos y legítimos no siendo accesibles a terceros, y no serán tratados ulteriormente de manera incompatible con dichos fines. En todo caso serán exactos y, si fuera necesario, actualizados, adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario en relación con los fines para los que son tratados, adoptando las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la integridad y confidencialidad de la información, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y la normativa nacional vigente en materia de protección de datos. Puede ejercitar de manera gratuita los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad de los datos mediante escrito dirigido a nuestro departamento de atención al cliente, en la siguiente dirección: C/ Entença, nº 325-335, 08029 de Barcelona.



ACTUACION EN CASO DE SINIESTRO

El Tomador del seguro, el Asegurado, o el BENEFICIARIO deberán comunicar al ASEGURADOR el acaecimiento del siniestro tan pronto como le sea posible y siempre dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido.

PROTOCOLO EN CASO DE PRESTACIÓN POR ASISTENCIA SANITARIA

En caso de producirse un accidente que precise asistencia sanitaria, el ASEGURADOR facilitará al ASEGURADO el médico o centro sanitario donde ha de dirigirse para que le sea prestada dicha asistencia.

CENTROS CONCERTADOS DONDE PUEDEN ACUDIR EL CURSILLISTA

- Clínica Montecanal, C/ Franz Schubert 2
- Clínica Montpellier, Vía Hispanidad, 37
- Complejo Policlínico Hernán Cortes, C/ Pizarro, 8
- HC Miraflores, Camino de Las Torres, 51-53
- Hospital Quirónsalud Zaragoza, Avda Gómez Laguna 159

O bien puede solicitar la asistencia llamando al teléfono número 917 572 404 / 902 120 863.

ACTUACION EN CASO DE SINIESTRO

El Tomador del seguro, el Asegurado, o el BENEFICIARIO deberán comunicar al ASEGURADOR el acaecimiento del siniestro tan pronto como le sea posible y siempre dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido.

PROTOCOLO EN CASO URGENCIA

En caso de producirse un accidente que precise asistencia de carácter urgente, el ASEGURADO podrá acceder al médico o centro sanitario que figura en la relación CENTROS CONCERTADOS para que sea prestada dicha URGENCIA.

Una vez prestada la asistencia de Carácter Urgente, el Asegurado contacta con el teléfono **902 120 863- 917 572 404** y facilita la información que HNA le solicite, **a su vez enviara al Asegurador**, el Parte de siniestro debidamente cumplimentado y Firmado junto a la documentación medica que le hayan proporcionado.