

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE PARA ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA – PA-14/20

Teléfonos de contacto: 913939057 desde España y el (34) 913939030 desde el Extranjero

Nº de póliza: EM-C30-0000183

Datos del estudiante accidentado/a.

Nombre:	NIF:	
Domicilio:		
Cód. Postal:	Localidad:	Provincia:
Teléfono:	E-Mail:	

Datos del curso, especialidad, etc. donde está matriculado/a.

Curso académico:	Titulación cursada:
------------------	---------------------

Datos del accidente:

Hora y Fecha:		Lugar dónde ocurrió:	
Cód. Postal:	Localidad:	Provincia:	
Descripción detallada del siniestro:			

El perjudicado/accidentado 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 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. 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 citadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. Información Protección de Datos RESPONSABLE: Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, Dirección Paseo de Cristóbal Colón 26, 41001 Sevilla, Delegado Protección de Datos (DPD) delegadoprotecciondatos@helvetia.es. FINALIDADES: Prestación de la asistencia médica derivada de la póliza contratada LEGITIMACIÓN: Ejecución del contrato de asistencia médica derivada del seguro contratado. CESIONES: Las necesarias para la prestación de los servicios sanitarios contratados. En los casos legalmente establecidos. CONSERVACIÓN: Durante la vigencia de la póliza y, finalizada ésta, según las exigencias de conservación de la documentación clínica de la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. DERECHOS: Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.agpd.es). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados.

En _____, a las ____: ____ del día ____ de _____ de 20__

Firma del estudiante

Sello de la Universidad Politécnica de Cartagena y firma del que ha realizado la comprobación de la matrícula del estudiante dentro del actual curso académico

Debe enviarse a la aseguradora debidamente firmada y sellada por la correspondiente Secretaría de Gestión Académica **donde se haya formalizado la matrícula como alumno/a de la UPCT**, que comprobará que el estudiante pertenece al colectivo, actividad y periodo asegurado:

- Secretarías de Gestión Académica de los distintos Centros o Facultad.
- Servicio de Estudiantes, Extensión Universitaria y Deportes que se encuentra en el Rectorado en caso de estudiantes de la Universidad de Mayores, Aula Permanente o Cursos de Verano.
- Welcome Point del edificio ELDI si su vinculación con la UPCT es a través del Servicio de Relaciones Internacionales.

Cada vez que se tramite una Declaración de Accidente, la Unidad o Servicio **firmante se quedará con una copia que enviará a la dirección de e-mail registro.general@upct.es**, que a su vez lo enviará al responsable del seguimiento del accidente con la aseguradora: pedro.ibanez@helvetia.es

NOTA: ES IMPRESCINDIBLE REMITIR COPIA DE ESTE PARTE A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA CORREO ELECTRÓNICO: pedro.ibanez@helvetia.es