

**DECLARACIÓN DE ACCIDENTE DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA – EXPTE. CONTRATACIÓN PA-09/24**
Teléfonos de contacto: 913 349 228 desde España y el (+34) 913 939 030 desde el Extranjero
Nº de póliza: E0 C30 0000779

Nº de parte de accidente (el indicado por la aseguradora en la llamada telefónica):

Datos del estudiante accidentado/a:

Nombre:	NIF:
Domicilio:	
Localidad y provincia:	Código postal:
Mail:	Nº Telf.

Datos del curso, especialidad, etc. en el que está matriculado/a:

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

Datos del accidente:

Hora y Fecha:	Lugar donde ocurrió:	
Código Postal:	Localidad:	Provincia:
Descripción detallada del siniestro:		

El declarante 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 y firma de la Universidad Politécnica de Cartagena

(La Secretaría de Gestión Académica donde el declarante haya formalizado su matrícula como estudiante de la UPCT, ver punto 6 del protocolo, **comprobará que está matriculado en el actual curso académico en un estudio asegurado**, y la enviará firmada y sellada a la aseguradora pedro.ibanez@helvetia.es con copia a registro.general@upct.es)

NOTA: IMPRESCINDIBLE REMITIR LA DECLARACIÓN A LA ASEGURADORA Y A LA UPCT MEDIANTE MAIL:

pedro.ibanez@helvetia.es y registro.general@upct.es