

Nº DE PÓLIZA: _____

Asegurado:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Nombre y apellidos del lesionado:

Edad:

Domicilio:

Día, hora y lugar en el que se produjo el accidente	
Forma en que se produjo el accidente	
Diagnóstico y tratamiento (Rellenar por el Servicio Médico)	

Observaciones:

En _____ a _____ de _____ de _____

Puede enviarnos este parte de accidentes a la dirección de correo accidentes@umas.es **Pruebas y tratamientos especiales, requieren previa autorización de la Mutua.**

O cumplimentarlo y enviarlo a través de nuestra página web: <https://www.umas.es/declarar-siniestros/> en la sección Accidentes Personales.

Información básica sobre Protección de datos

El responsable del tratamiento es Umas, Unión Mutua Asistencial de Seguros a Prima Fija, G28747574, con domicilio en Madrid (28010) calle Santa Engracia 10-12. Los datos que se facilitan en el presente documento tienen como base legítima para su tratamiento la relación contractual de la póliza de seguro. Su tratamiento tendrá como finalidad prestar el servicio en los términos del contrato de seguro. Los datos que tiene completar son necesarios, y se van a usar única y exclusivamente, para la tramitación del expediente y la prestación del servicio contratado. No se va a realizar cesión de los mismos a nivel nacional ni internacional, salvo obligación legal. El interesado puede ejercitar los derechos previstos en la Ley de acceder, rectificar, y suprimir los datos, así como otros derechos que puede encontrar en la información adicional que puede consultar en el siguiente enlace: <https://www.umas.es/politica-de-privacidad/>