

DATOS PERSONALES:

NOMBRE Y APELLIDOS:

D.N.I.: FECHA NACIMIENTO:/...../..... EDAD:

DOMICILIO:

TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA DEL SINIESTRO:/...../.....

LUGAR DEL SINIESTRO:

CONDICIÓN (rodear con un círculo la considerada):

CONDUCTOR - OCUPANTE - PEATON

¿HA SIDO VISTO EN OTRO CENTRO? ☐ NO ☐ SI CUÁL:

EL ACCIDENTE OCURRIÓ: ☐ DE CAMINO AL TRABAJO ☐ A LA SALIDA DEL TRABAJO

NÚMERO DE VEHÍCULOS IMPLICADOS:

DATOS DEL VEHICULO QUE OCUPABA:

NOMBRE DEL ASEGURADO:

MATRICULA: MARCA:

NÚMERO DE PÓLIZA:

ENTIDAD ASEGURADORA:

DATOS DEL VEHICULO CONTRARIO:

NOMBRE DEL ASEGURADO:

MATRICULA: MARCA:

NÚMERO DE PÓLIZA:

ENTIDAD ASEGURADORA:

FIRMADO (PACIENTE)

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	SANATORIO QUIRÚRGICO MODELO S.L. NIF: B15004849 Dirección: Rúa Virrey Osorio, 30, 15011 A Coruña. Contacto: dpo@hmhospitales.com
Finalidades	-Prestación del servicio de asistencia sanitaria, así como finalidades derivadas (incluyendo, entre otras, gestión administrativa y de facturación). -Envío de encuestas de satisfacción e información comercial sobre productos/servicios similares y/o iguales a los ya contratados.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra Política de Privacidad: https://www.hmhospitales.com/Documents/politica-de-privacidad.pdf .	

☐ Autorizo recibir información personalizada de HM HOSPITALES y/empresas del Grupo Hospitalario, para el cuidado de mi salud y bienestar.