

Deben imprimirse dos copias, una para enviar a la Mutua firmada y otra para el interesado.

Núm. Expediente: .....

## DATOS DEL TRABAJADOR

Nº Historia Clínica: .....	Nº Documento: .....	NAF: .....
Nombre: .....	Apellidos: .....	
Fecha accidente: .....	Tel. fijo: .....	
Teléfono Móvil: .....	e-mail: .....	
Lugar: .....		
Descripción del accidente		

## TRÁFICO

Conductor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ocupante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Peatón: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marca/Modelo: .....	Matrícula: .....	
Compañía aseguradora: .....	Núm. póliza: .....	
Propietario del vehículo: .....	Teléfono: .....	
Parte de accidente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atestado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Datos vehículo contrario/implicado</b>		
Marca/Modelo: .....	Matrícula: .....	
Compañía aseguradora: .....	Núm. póliza: .....	
Propietario del vehículo: .....	Teléfono: .....	
Conductor del vehículo: .....	Teléfono: .....	
<b>Otros datos</b>		
Intervención de la policía: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Provincia/localidad: .....	
Intervención de la guardia civil: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Provincia/localidad: .....	
Juzgado de instrucción nº: .....	Provincia/localidad: .....	
Diligencias: .....		
Denuncia asegurado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Denuncia contrario/implicado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Observaciones: .....		

### RESPONSABILIDAD CIVIL / TERCERO RESPONSABLE

#### Datos Persona Física

Nombre:..... Apellidos:.....

NIF/NIE: ..... Teléfono fijo: ..... Teléfono Móvil: .....

#### Datos Persona Jurídica

Razón: .....

CIF: ..... Teléfono fijo: ..... Teléfono Móvil: .....

Compañía aseguradora: ..... Núm. Póliza: .....

Observaciones: .....

#### Información detallada sobre protección de datos

El firmante de este documento manifiesta que los datos personales son ciertos y que si facilita datos de terceros les ha informado y recabado su consentimiento para comunicarlos.

**Responsable del tratamiento:** Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUA), con domicilio en la calle Ramírez de Arellano nº 27, 28043-Madrid, teléfono de contacto 900.23.33.33 y email de contacto [atencionalcliente@ibermutua.es](mailto:atencionalcliente@ibermutua.es). Puede contactar con el delegado de protección de datos en la dirección: [dpc@ibermutua.es](mailto:dpc@ibermutua.es)

**Finalidades del tratamiento:** Los datos personales son tratados para gestionar el reintegro de los gastos de asistencia sanitaria por un accidente laboral-tráfico o en los que resulte responsable un tercero. Siendo los datos necesarios para los fines indicados.

Igualmente, sus datos de contacto serán tratados para remitirle información, avisos y notificaciones en relación con los servicios prestados, pudiendo realizarlo mediante el envío de mensajes de texto y correos electrónicos, si para ello facilita su número de teléfono o una dirección de email, debiendo por ello mantener actualizados sus datos de contacto, (dirección, teléfono, email), facilitados a IBERMUTUA.

**Legitimidad:** La base de licitud del tratamiento de los datos personales es el cumplimiento de las obligaciones legales de IBERMUTUA como mutua colaboradora con la Seguridad Social y el consentimiento otorgado con la firma del presente documento.

**Destinatarios de los datos:** Los datos personales serán comunicados, incluidos los de salud, a la compañía aseguradora del vehículo causante o implicado en el accidente, para la gestión del reintegro de los gastos o a la compañía de seguros que resulte responsable por la actuación de un tercero.

Los datos personales podrán ser comunicados a los organismos de la Seguridad Social, entidades incluidas en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas y a organismos de la Administración Pública, en cumplimiento de una obligación legal. Asimismo, serán comunicados a Entidades financieras para la gestión del pago de la prestación solicitada.

**Plazo de conservación de los datos:** Los datos personales serán conservados durante los plazos exigidos legalmente por la normativa reguladora de las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social, así como para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y/o de la relación jurídica subyacente, durante el plazo de prescripción de éstas, en virtud de la legislación civil, mercantil, laboral, fiscal, administrativa y en materia de protección de datos.

**Ejercicio de derechos:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043 o la dirección: [derechosdatospersonales@ibermutua.es](mailto:derechosdatospersonales@ibermutua.es), concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad. Si considera que sus derechos no han sido suficientemente atendidos, tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos, siendo sus datos de contacto [www.agpd.es](http://www.agpd.es) o C/Jorge Juan, 6. 28001-Madrid, y/o teléfono de contacto 912 663 517.

**Más información:** En el Aviso legal y Privacidad de [www.bermutua.es](http://www.bermutua.es).

En \_\_\_\_\_ a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_