

INSTRUCCIONES PARA UNA CORRECTA TRAMITACIÓN DEL SEGURO DE BAJAS MÉDICAS DE "UNIÓN GC"

PASOS A SEGUIR

1.- Complimentar la hoja "AVISO DE ACCIDENTES" (independientemente del motivo de la baja médica, se usa siempre ese mismo modelo)

NOTA: En la siguiente página de las presentes instrucciones, encontraréis un ejemplo de cómo cumplimentarla.

2.- Adjuntar parte de primera asistencia médica (obligatorio sólo en caso de accidente).

3.- Adjuntar primer parte de baja (legible).

4.- Adjuntar parte/s de confirmación de baja (legible).

5.- Adjuntar parte de alta (legible).

NOTA: Independientemente de la duración de la baja médica, nuestro seguro de bajas médicas se puede tramitar ya a los 30 días (adjuntando parte de baja y los dos primeros partes de confirmación)

6.- Adjuntar fotocopia del DNI.

7.- Adjuntar formulario "Cláusula de Información y Consentimiento" firmado.

8.- Adjuntar fotocopia de la cartilla donde figura la titularidad de la cuenta (normalmente primera página), en caso de carecer de cartilla, un recibo donde se compruebe dicha titularidad (p. ej. un recibo de teléfono)

TODA ESTA DOCUMENTACIÓN SE PUEDE TRAMITAR DE TRES MANERAS DIFERENTES

- Remitirlo todo escaneado a tu representante de UniónGC.
- Remitirlo todo escaneado vía e-mail a gestionsinistros@aseguras.es
- Remitirlo todo vía correo postal. ASEGURAS, Alaiño Argenta 27 bajo, (39004) Santander(Cantabria)

NOTA: En cualquier caso, siempre adjuntar copias y conservar originales.

ANTE CUALQUIER DUDA, PONTE EN CONTACTO CON NOSOTROS

asesionafiliado@uniongc.org

UNIÓN DE GUARDIAS CIVILES
Avda. Solvay nº 113, CP 39300 Barreda (Cantabria)
+34 942887599 / +34 942942725

Aviso de Accidentes

Seguro Accidentes Individual - Colectivo y Ocupantes de Automóviles

Allianz Seguros

aseguras

Allianz 

Sucursal: **5.1.5** Agente: **0.3.2.1** Nº Poliza: **0.3.4.0.8.7.5.8.9** E-mail: _____ N.º Sini.: _____

Fecha del Accidente: | | | | | | | | | | | | | | | |

Contratante

Apellidos y Razón Social: **Unión de Guardias Civiles - UniónGC** Nombre: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Población, Código Postal: _____ Provincia: _____

Lesionado

Apellidos: **Indicar tus datos personales** Nombre: _____

Fecha nacimiento: | | | | | | | | | | | | | | | | Profesión: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Población, Código Postal: _____ Provincia: _____

Otros datos

¿Intervino la autoridad? _____ Diga cuál y de qué localidad: _____

¿Tiene el contratante o el lesionado alguna otra Póliza de Seguro que garantice este accidente? _____

¿Da las señas de las personas que fueron testigos? _____

¿HA OCURRIDO CUANDO EL LESIONADO CONDUCA O BA COMO OCUPANTE EN UN VEHÍCULO, DIGA ADEMÁS,

Nombre y apellidos del conductor: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Permisos de conducir n.º: _____ Clase: _____ Expedido en: _____ Caduca el: | | | | | | | | | | | |

Matrícula del vehículo: _____ Marca: _____ ¿Cuántas personas iban en el vehículo además del lesionado? _____

¿Da nombres y apellidos así como la edad de ellos, si es posible? _____

Datos del accidente

Explique con mayor claridad posible cómo ocurrió el accidente y qué actividad desarrollaba en ese momento: _____

Aquí indicar el motivo de la baja médica

_____ a _____ de _____ de _____ Firma: _____

Parte del médico

Nombre del lesionado: _____

¿En qué consiste la lesión? _____

_____ Su carácter: _____

¿Ha sido la lesión directa y exclusivamente producida por el accidente, o bien han contribuido otras circunstancias como por ejemplo, enfermedades o lesiones preexistentes? _____

¿Era el herido antes del accidente, inválido, tenía defecto físico, psíquico o enfermedad? _____

¿Cuáles son los probables consecuencias del accidente? _____

¿Causará el accidente invalidez Temporal completa para sus ocupaciones habituales? _____ ¿Cuántos días? _____

¿Qué día accedió por primera vez a la asistencia facultativa? | | | | | | | | | | | | | | | |

Si la primera cura no la practicó el médico que entiende el presente informe, ¿cuándo se encargó de la curación? | | | | | | | | | | | | | | | |

¿Quién practicó la primera cura? _____

_____ a _____ de _____ de _____ EL MÉDICO, _____

DOCUMENTO DE EJEMPLO - NO VÁLIDO

Cláusula de Información y Consentimiento

A los efectos de lo dispuesto en la ley Orgánica 15/99, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en base a la consideración de cliente que usted tiene en nuestra empresa, someternos a su aceptación cláusula de información y consentimiento.

Nombre:
DNI/CIF/NIE:

Los datos UD. nos facilita son incorporados a un fichero titularidad de:

ASESORES DE SEGUROS DE SANTANDER, S.L.

Clave de la DGS J2886

con dirección:

Ataulfo Argenta 27,C.P. 39003 - Santander (Cantabria)

que se recogen y se utilizarán con finalidad de mantener la relación de mediación y asesoramiento profesional para la cobertura de los riesgos objeto de aseguramiento así como gestionar la contratación de pólizas de seguros y el seguimiento de su ejecución, cumplimiento e incidencias que se produzcan. También utilizaremos sus datos para remitirle información sobre productos con la actividad aseguradora y financiera que consideramos sean de interés su conocimiento.

A los fines indicados y para el mejor cumplimiento y gestión de nuestro servicios, con la firma al presente Ud. otorga de manera libre y voluntaria, su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales, así como su tratamiento y conservación, aunque la póliza/s no lleguen a emitir o se anulen, si es necesario para la adecuada actualización profesional y cumplimiento de la actividad de mediación y asesoramiento profesional en materia de seguros y finanzas.

Los datos objeto de tratamiento son precisos y necesarios para la finalidad indicadas, aunque no es obligatorio que Ud. nos los proporcione, en cuyo caso no es posible la prestación de servicios por parte la Correduría.

Ud. puede ejercitar los derechos que le asisten, de acceso, rectificación, y cancelación de sus datos personales, mediante comunicación dirigida a la dirección indicada identificándose mediante su Documento Nacional de Identidad (DNI).

Leído, entendido y aceptado,

Firma