FORMULARI DE TRAMITACIÓ BAIXES NO LABORALS (IT)

Per a la tramitació a l'assegurança de les baixes per Incapacitat Temporal, és imprescindible emplenar aquest formulari i adjuntar-lo com a capçalera de tota la documentació mèdica.

Aquest formulari i tota la documentació annexa, s'ha d'enviar per correu electrònic a sinistres.cat@borrellpinyol.com o bé per fax al número 973 27 86 57 en un termini màxim de 7 dies a partir de la data de la baixa mèdica. Per a qualsevol dubte podeu adreçar-vos a la corredoria, Borrell@Piñol, 973278655

Dades personals. (CAL OMPLIR TOTS ELS CAMPS):

Nom:

Cognom 1:

Cognom 2:

DNI: -

Data de naixement. (DIA/MES/ANY) / /

Data de la baixa. (DIA/MES/ANY) / /

Telèfon mòbil.

Número de compte corrent on fer l' ingrés:

(Entitat) (Oficina) (D.C): (Núm. de compte)

Documentació a adjuntar inicialment (MARCAR AMB UNA CREU)

Comunicat de baixa mèdica amb el diagnòstic:	Si	
Informe mèdic on consti el motiu de la baixa (EN CAS QUE EL DIAGNÒSTIC SIGUI GENÈRIC (MALALTIA COMUNA)	Si	

Amb posterioritat s'hauran d'adjuntar els comunicats de confirmació de baixa (número 1, 2, 3 o 4) i el comunicat d'alta mèdica, sempre que aquesta sigui anterior als 20 dies des de la data d'inici de baixa, també el justificant oficial acreditatiu de la pèrdua retributiva. Un cop rebuda la corresponent liquidació del sinistre, el sotasignat, es compromet a tornar l'import corresponent en el cas que no pugui justificar la pèrdua retributiva en el termini màxim de dos mesos; (justificació: Còpia de la nòmina/es on consti la pèrdua o certificat de la DGP)

Data de l' alta. (DIA/MES/ANY)
Signatura:

Localitat:..... Data:.....

L'assegurat/ signatari autoritza el tractament de les dades personals subministrades voluntàriament a través del present document i l'actualització dels mateixos per al compliment del propi contracte d'assegurança i, en concret, valorar la malaltia o lesió causant del sinistre, així com quantificar i procedir al pagament de la indemnització que, si escau, pogués correspondre-li segons el que es disposa en el contracte i en la Llei 50/1980, de 8 d'octubre de Contracte d'Assegurances.
Així mateix, accepta que les seves dades, inclosos els de salut, puguin ser comunicats entre l'asseguradora i els metges, centres sanitaris, hospitals o altres institucions o persones, amb la finalitat de complir, desenvolupar, controlar i executar la prestació indemnitzatoria garantida en el contracte d'assegurançar i sol·licitar o verificar d'aquests prestadors sanitaris les causes que motiven les prestacions i, si escau, recobrar les despeses, respectant, en tot cas, la legislació espanyola sobre la protecció de dades de caràcter personal sense necessitat que li sigui comunicada cada primera cessió que s'efectuï als referits cessionaris. Totes les dades són tractades amb absoluta confidencialitat, no sent accessibles a tercers per a finalitats diferents per les quals han estat autoritzats
El fitxer de dades personals està situat en la Carretera de Pozuelo nº50, Edifici MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid), sota la supervisió i control de MAPFRE FAMILIAR, qui assumeix l'adopció de les mesures de seguretat d'índole tècnica i organitzativa per protegir la confidencialitat i integritat de la informació, d'acord amb l'establert amb la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de Desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal i altra legislació aplicable i davant qui el titular de les dades pot exercitar els seus drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació mitjançant comunicació escrita dirigida a Carretera de Pozuelo nº50, Edifici 3, 28222, Majadahonda (Madrid) o qualsevol oficina de MAPFRE.
El signant certifica que l'anterior declaració no conté inexactitud ni ocultacions sobre el seu estat de salut i que, per la present, autoritza a tots els doctors consultats, així com les Clíniques, Sanatoris, etc..., al fet que facilitin informació complementària a MAPFRE FAMILIAR, en relació amb aquesta sol·licitud de indemnització.