



**CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, JUVENTUD Y DEPORTES**  
Dirección General de Formación Profesional  
y Enseñanzas de Régimen Especial

## NORMAS DE ACTUACIÓN PARA LOS ASEGURADOS EN CASO DE ACCIDENTE

**PÓLIZA N.º: 551880169283** Con el objeto de que los beneficiarios del seguro de accidente puedan hacer uso del mismo, se indica a continuación el **procedimiento de actuación:**

1.- **Cumplimentar el “Parte de Comunicación de Accidentes”** que deberá ser firmado y sellado por el responsable o tutor/a del alumno en prácticas de formación profesional de la Consejería competente en materia de Educación de la CARM.

En la comunicación debe facilitarse:

- Nombre y nº de póliza de la Consejería de Educación, Juventud y Deportes de la CARM.
- Datos personales del accidentado.
- Fecha y forma de ocurrencia.
- Daños físicos.

2.- **Enviar a WILLIS** correduría de seguros de la Comunidad para ésta póliza- **el “Parte de Comunicación de Accidentes” y el parte de la asistencia en Urgencias (en el caso de que haya acudido)** de dicho accidentado escaneados al correo electrónico [siniestros.murcia@willis.com](mailto:siniestros.murcia@willis.com) con copia a **GONZALO VIGUERAS HERNANDEZ** [Gonzalo.vigueras@willistowerswatson.com](mailto:Gonzalo.vigueras@willistowerswatson.com) Tf 91 200 80 63, indicando que el lesionado es beneficiario de la póliza **551780197713 y comunicando en qué Centro Médico Concertado de MAPFRE VIDA desea ser asistido en lo sucesivo**, si así lo requiere.

### **IMPORTANTE:**

- el horario de atención telefónica en Willis-Murcia es de 9:00h a 18h.(viernes hasta 14.30h)
- en caso de ocurrencia del siniestro **viernes tarde o fin de semana**, es preferible su comunicación a Willis el Lunes siguiente a primera hora.  
(entre tanto, que se le preste la asistencia en urgencias necesaria al lesionado).

Se relacionan a continuación los Centros Médicos concertados de MAPFRE VIDA para esta póliza.

**La Correduría WILLIS IBERIA devolverá al emisor un acuse de recibo** de haber recibido la documentación y de haber trasladado la misma a la Compañía **MAPFRE VIDA**.

Asimismo **en dicho acuse de recibo se le indicará el número de expediente que MAPFRE VIDA** asigne a dicho accidente deportivo, que será el número de referencia que a partir de ese momento el lesionado deberá indicar a MAPFRE VIDA en todas las comunicaciones posteriores que sean necesarias para el tratamiento y seguimiento de su lesión

Hay un Centro de Atención 24 horas de MAPFRE, **teléfono 902 136 524 al que el accidentado puede llamar directamente con el número de expie. previamente indicado por ésta correduría.**

### **IMPORTANTE:**

En caso de ocurrencia del siniestro **viernes tarde o fin de semana**, si se procede a la comunicación directamente a Mapfre, ésta aseguradora SOLO le facilitará un número de expediente, pero no procederá a dar autorizaciones para tratamiento, ingresos o intervenciones, por lo que **es preferible su comunicación a Willis el Lunes siguiente a primera hora.**

**La persona encargada de la tramitación de sus exptes. en Willis será:**

GONZALO VIGUERAS HERNANDEZ, [Gonzalo.viguera@willistowerswatson.com](mailto:Gonzalo.viguera@willistowerswatson.com)

Tf. 91 200 80 63

Por último, y para cualquier incidencia con Mapfre relacionada con los siniestros que se encuentren en trámite, pueden dirigirse directamente la correduría Willis, a:

-JOSE MARIA SALMERON-Director de siniestros.

[jose.maria.salmeron@willistowerswatson.com](mailto:jose.maria.salmeron@willistowerswatson.com) Tf 968834938 y 609616493

Dirección: C/Central, nº. 13-planta 13 Edif. Torre Godoy 30100 Murcia

## **CLÍNICAS CONCERTADAS DE MAPFRE VIDA**

### **EN EL MUNICIPIO DE MURCIA**

<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
CLÍNICA LA FAMA	C/ Greco, 2. 30001 Murcia	968 200 485
CLINIMUR	C/ Greco, 2. 30001 Murcia	968 200 485
Dr. JOSE MARIA ORFILA RUIZ	C/ Vistalegre, 29. 30007 Murcia	868 957 545
SCANNER MURCIA	C/ Abenarabi, 3. 30007 Murcia	968 239 812
CENTRO DE MEDICINA DEL DEPORTE (CEMEDE)	C/ Dr. Jiménez Díaz, s/n. 30008 Murcia	968 234 313
LA NUEVA SEDA	C/ Las Norias, 22. 30009 Murcia	968 280 022
HOSPITAL MESA DEL CASTILLO	Ronda Sur, nº 20. 30010 Murcia	968 246 116
SERVICIO TRAUMATOLOGÍA DRES. RIPOLL Y DE PRADO	Av. Miguel Hernández, 11. Junto Antiguo Hospital San Carlos. 30011 Murcia.	968 265 177
RESONANCIA MAGNÉTICA DEL SURESTE, S.A.	Av. Miguel Hernández, 11. Junto Antiguo Hospital San Carlos. 30011Murcia	968 341 890

### **EN EL MUNICIPIO DE CARTAGENA**

<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
CENTRO MÉDICO VIRGEN DE LA CARIDAD	C/ Jorge Juan, 30. 30204 Cartagena	968 506 666
HOSPITAL PERPETUO SOCORRO	C/ Sebastián Feringan, 12. 30205 Cartagena.	968 510 500
PRACTISER	C/ Juan Fernández, 53. 30204 Cartagena	968 330 033
FISIOTERAPIA CARTAGENA, S.L.	C/ Jiménez de la Espada 71 Bajo - 30203 Cartagena	968 089 690

#### **EN EL MUNICIPIO DE LORCA**

<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
CLÍNICA DE MEDICINA DEL DEPORTE. DR. MORILLAS	C/ Saint Fons, 1. 30800 Lorca	968 444 929
ARTROMUR	Av. Juan Carlos I, nº 60. 30800 Lorca	
RESONANCIA MAGNÉTICA DEL SURESTE, S.A.	C/ Alameda de los Tristes, s/n. 30800 Lorca	968 473 286

#### **EN EL MUNICIPIO DE TOTANA**

<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
CENTRO MÉDICO ESPAÑA	C/ El Pilar, 9. 30850 Totana	968 418 226

#### **EN EL MUNICIPIO DE ÁGUILAS**

<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
ARTROMUR	C/ Conde de Aranda, 4. 30880 Águilas	968 411 567

#### **EN EL MUNICIPIO DE CARAVACA DE LA CRUZ**

<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
CLÍNICA CARAVACA	Av. Maruja Garrido, 5. 30400 Caravaca de la Cruz	968 700 553

#### **EN EL MUNICIPIO DE CIEZA**

<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
HOSPITAL VEGA DEL RIO SEGURA	Cra. de Abarán, s/n. 30530 Cieza	968 775 568

#### **EN EL MUNICIPIO DE MOLINA DE SEGURA**

<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
HOSPITAL VEGA MEDIA	C/ Dr. Ricardo Cano, 10. 30500 Molina de Segura	968 610 010

#### **EN EL MUNICIPIO DE ALCANTARILLA**

<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
CLÍNICA SAN JOSE	Cra.de Mula, s/n. 30820 Alcantarilla.	968 707 744

#### **EN EL MUNICIPIO DE YECLA**

<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
ZAFRILLA SERVICIOS MÉDICOS SANITARIOS	C/ Parque de la Constitución, 5. 30510 Yecla.	968 790 891

**PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES**

Nº DE PÓLIZA: 551880169283

Nº. DE EXPEDIENTE:

**DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

PROFESIÓN : ESTUDIANTE EDAD: \_\_\_\_\_ TELÉFONOS: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ACCIDENTE**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ LUGAR DE OCURRENCIA: \_\_\_\_\_

FORMA DE OCURRENCIA: \_\_\_\_\_

LESIÓN SUFRIDA: \_\_\_\_\_

¿HA ACUDIDO A ALGÚN CENTRO MÉDICO?: \_\_\_\_\_ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿HA SIDO ACCIDENTE DE TRABAJO?: NO ¿TIENE PÓLIZA DE ACCIDENTES CON OTRA CÍA? NO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_

¿HA INTERVENIDO ALGUNA AUTORIDAD?: NO ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES O COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

El perjudicado/lesionado del siniestro anteriormente descrito **autoriza** el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para: El cumplimiento del propio contrato de seguro. La valoración de los daños ocasionados en su persona. La cuantificación, en su caso, de la indemnización que le corresponda. El pago del importe de la referida indemnización. Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez extinguida la relación contractual. Asimismo, **acepta** que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente, a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades indicadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguro, y que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero creado está ubicado en General Peron, 40, 28020 Madrid, bajo la supervisión y control de Mapfre Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros sobre la vida humana, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita.

El asegurado declara el contenido cierto de lo arriba manifestado y firma la presente en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre, apellidos y NIF del padre/madre o tutor del menor: .....

Fdo.: Padre/madre o tutor del menor: .....