

Impreso de Solicitud para Prestaciones de Secuelas Permanentes por Accidente Laboral

Nombre de la persona asegurada	
DNI	
Nº de personal	
Fecha de Ocurrencia	

Datos de la persona asegurada

Dirección			
Localidad		Código Postal	
Provincia		País	
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Email			

Asimismo, para el tratamiento de los datos personales que nos han hecho llegar, mediante la firma de este impreso, Ud. conoce y acepta nuestra Política de Privacidad y da su consentimiento explícito para el tratamiento de datos personales sensibles conforme a su definición en el artículo 9 del RGPD y demás normativa que resulte de aplicación (e.g. datos de salud) con la finalidad de tramitar el presente siniestro.

Información básica sobre Protección de Datos	
Responsable	Grupo Willis Towers Watson
Finalidad	La finalidad es el tratamiento de sus datos personales (incluida la cesión a compañías aseguradoras) para la prestación de nuestros servicios de mediación de seguros y reaseguros así como la gestión de nuestras relaciones comerciales.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra Política de Privacidad en www.willistowerswatson.com/es-ES

Le informamos de que el tratamiento de sus datos personales sensibles es imprescindible a efectos de que podamos prestarle nuestros servicios.

Si Ud. nos facilita datos de terceras personas, Ud. se asegurará de que todos los datos personales hayan sido recabados y se nos hayan proporcionado de conformidad con la normativa aplicable, y en su caso obtendrá el consentimiento de las personas interesadas (por escrito, haciendo uso del presente formulario) antes de proporcionarnos dichos datos. Usted informará a las personas interesadas del hecho de que sus datos personales se nos proporcionarán y las finalidades para las que utilizaremos dichos datos personales.

Fecha y Sello Empresa

Firma de la persona beneficiaria

Documentación que debe adjuntarse para la tramitación:

- Fotocopia del DNI/NIF de la persona asegurada.
- Dictamen o Informe propuesta y Resolución de la Seguridad Social o Sentencia judicial Firme en la que se declara la incapacidad a la persona asegurada.
- Informes médicos completos y detallados de las secuelas permanentes definitivas.
- Formulario de comunicación de datos al pagador (IRPF) - Modelo 145 -
- Fotocopia de la cartilla o documento bancario análogo dónde figuren los datos Bancarios completos de la persona asegurada y que acredite su titularidad en la cuenta.
- En caso de tratarse de una incapacidad por Accidente:
 - Diligencias judiciales completas que se sigan sobre el caso (atestado, informe forense, análisis toxicológicos, etc.).
- En caso de tratarse de una incapacidad por Accidente Laboral:
 - Parte de Accidente de trabajo
 - Informe de la Mutua de Accidentes de trabajo en el que se manifieste que la incapacidad es a consecuencia directa de accidente de trabajo.

NOTA IMPORTANTE: La compañía de seguros se reserva el derecho de solicitar documentación adicional, en ciertos casos.

Tramitación

- Por correo electrónico:

Puede remitir la documentación escaneada a la siguiente dirección de correo electrónico:

beatriz.alonso@willistowerswatson.com

- Por correo postal:

Willis Towers Watson
A la atención de D^a Beatriz Alonso
Cl. Martínez Villergas, 52 5^a planta
28027 Madrid

Horario de **atención telefónica** de lunes a viernes, de 09:30 a 14:00.

Teléfono: 914 233 480

Si necesita que le atendamos personalmente, nuestro horario de **atención presencial** en nuestras oficinas es de lunes a viernes de 09:00 a 14:00.

Willis Towers Watson se pone a su disposición para cualquier consulta, duda o aclaración que estimen oportuna.