

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVOS

www.allianz.esCuestionario: Sucursal: Mediador: **RIBÉSALAT** Colaborador: N° Póliza: **055536666** Certificado: Fecha del Accidente **Tomador**Apellidos o Razón Social **FEDERACIÓ CATALANA D'ESPORTS D'HIVERN** Nombre
Domicilio **Rambla Guipúscoa 23-25, 1a plata Despatx E** DNI/CIF **Q5856328I**
C. Postal **08018** Población **BARCELONA** Provincia **Lesionado**Apellidos Nombre
Fecha de nacimiento Profesión
Domicilio DNI/CIF
C. Postal Población Provincia
E-mail Web Teléfono Fax **Datos del Accidente**Explique con la mayor claridad posible cómo ocurrió el accidente y qué actividad desarrollaba en ese momento Si ha recibido atención médica, indique datos del Centro Médico / Facultativo, así como pruebas y diagnóstico **Otros datos**¿Intervino la Autoridad? Diga cuál y de qué localidad
¿Tiene el Tomador o el Lesionado alguna otra Póliza de Seguro que garantice este accidente?
Cite las señas de las personas que fueron testigos **PARA LA PRESTACIÓN SANITARIA, CUANDO SE REALICE A TRAVES DE LA COBERTURA DE CUADRO MÉDICO
ALLIANZ, DEBERÁ CONTACTAR EN EL TELÉFONO:**• **900 404 444****Ley Orgánica sobre Protección de Datos de carácter personal**

Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. integrará los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su declaración de siniestro. El Tomador del Seguro y los Asegurados facultan al Asegurador para que requiera o comunique a médicos y centros sanitarios los datos clínicos necesarios para prestarle el servicio garantizado en su póliza, así como a otros terceros cuya intervención es necesaria para la ejecución del contrato, comprometiéndose la Compañía a guardar la correcta confidencialidad de los mismos.

El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

El abajo firmante declara que los datos que figuran en la presente declaración son verdaderos.

En a de de
Firma y sello del Tomador Firma del Lesionado o su representante