EMPRESAS

Cuestionario de datos del Seguro de Accidentes Colectivos

ALLIANZ SEGUROS

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVOS

www.allianz.es

Cuestionario: Sucursal: ____ Mediador: ____ Colaborador: ____ Nº Póliza: ____ Certificado: ____

Fecha del Accidente ____ ____ ____

Tomador

Apellidos o Razón Social _____ Nombre _____

Domicilio _____ DNI/CIF _____

C. Postal _____ Población _____ 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 cúal 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 LOS TELÉFONOS:

- **913 255 568** Para atención médica en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid, Cantabria y Andalucía.
- **913 343 293** Para atención médica en el resto del territorio español.

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

320 0118

AENOR ER Empresa Registrada ER-2071/2004 Certificado de Calidad en el diseño y contratación de seguros y la gestión de siniestros.

IQNet

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Sede Social: C/ Rámirez de Arellano, 35 - 28043 Madrid - N.I.F. A-28007748

Allianz