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: 043843328/16 Certificado: [ ]

Fecha del Accidente [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]

Tomador

Apellidos o Razón Social VICENTE SORO NACHER Nombre

Domicilio Av. FCO. TARREGA 37-5-C DNI/CIF 73.367.089D

C. Postal 12540 Población VILA-REAL Provincia CASTELLON

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:

- **902 102 687** Para atención médica en Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia.
- **902 108 509** 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

ASOCIACION DE AMIGOS DEL FUTBOL SALA CASTELLON AFSCS

320-04/14

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Sede Social C/ Tarragona, 109 - 08014 Barcelona - www.allianz.es
R.M. de Barcelona, Tomo 41520, Folio 49, Hoja B 393751 - N.I.F. A-28007748

Allianz