Empresas

Cuestionario de datos del Seguro de Accidentes Colectivos

Allianz Seguros

Declaración de Accidente

Seguro de Accidentes Colectivos Federaciones Deportivas

www.allianz.es

Cuestionario: Sucursal: ____ Mediador: 5291160 Colaborador: ____ Nº Póliza: 044508287 Certificado: ____

Fecha del Accidente

__ __ / __ __ / __ __ __ __

Tomador

Apellidos o Razón Social Federación de Castilla la Mancha de tiro con arco. Nombre ____

Domicilio Apartado de Correos 100 DNI/CIF G-45062734

C. Postal 19208 Población Alovera Provincia ____

Lesionado

Apellidos ____ Nombre ____

Fecha de nacimiento __ __ / __ __ / __ __ __ __ Profesión ____

Domicilio ____ DNI/CIF ____

C. Postal ____ Población ____ Provincia ____

E-mail ____ Web ____ Teléfono ____ Fax ____

Otros datos

¿Intervino la Autoridad? ____ Diga cúal y de quê 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 ____

Certificación de Accidente expedida por el Club o la Federación

D. ____ **con DNI** ____

en nombre y representación de ____ **Certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:**

- Fecha y lugar del accidente ____
- Descripción del accidente ____
- Actividad realizada en ese momento (entrenamiento, competición, ...) ____
- Primera asistencia sanitaria orestada en (indicar sôlo si procede) ____

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 Compañia 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 de la Federación / Club Firma del Lesionado o su representante

Allianz

321 -04/14

AENOR ER Empresa Registrada Certificado de Calidad en el diseño y comercialización de seguros y la gestión de siniestros.

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 393781 - N.I.F. A-28007748