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 511 Mediador 17118 Colaborador NO Nº Póliza 57456645/0 Certificado NO

Fecha del Accidente __ __ ____

Tomador

Apellidos o Razón Social ZAFIRO, CF Nombre ZAFIRO, CF

Domicilio XABIA 2 BAJO DNI/CIF G19929991

C. Postal 03204 Población ELCHE Provincia ALICANTE

Lesionado

Apellidos Nombre

Fecha de nacimiento __ __ ____ Profesión DNI/CIF

Domicilio Provincia

C. Postal Población

E-mail Web Teléfono Fax

Otros datos

¿Intervino la Autoridad? Diga cual y de que 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. JOSE SATOCA FERANDEZ con DNI 21998044Q

en nombre y representación de ZAFIRO, CF **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,)

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 ELCHE a ____ de ____ de ____

Firma y sello de la Federación / Club Firma del Lesionado o su representante

ZAFIRO CDC ELCHE

321 0118

AENOR

Allianz