

Empresas

Cuestionario de datos del Seguro de Accidentes Colectivos

Allianz Seguros

Declaración de Accidente

Seguro de Accidentes Colectivos Federaciones Deportivas

www.allianz.es



alcorreduria@alcorreduria.es



FEDERACIÓN DE GIMNASIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Nº Póliza: 40589374

Fecha del Accidente _____ Nº. Expediente _____

Tomador

Apellidos o Razón Social: **Federación de Gimnasia de la Comunidad Valenciana** 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 _____

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 _____

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 prestada en (indicar sólo si procede) _____

Para la prestación sanitaria, cuando se realice a través de la cobertura de Cuadro Médico Allianz, deberá contactar en los teléfonos:

- 91 325 55 68 Para atención médica en Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Galicia, Madrid y Cantabria.
- 91 334 32 93 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 de la Federación Firma del Lesionado o su representante



Allianz

