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: 700 Mediador: 0014875 Colaborador: ---------- Nº Póliza: 036255181 Certificado: _____

Fecha del Accidente __ __ __ __ __ __

Tomador

Apellidos o Razón Social FEDERACION ANDALUZA DE REMO Nombre _____

Domicilio ESTADIO DE LA CARTUJA, PUERTA -F DNI/CIF V41241373

C. Postal 41092 Población SEVILLA Provincia SEVILLA

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 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, ...) _____

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 de la Federación / Club Firma del Lesionado o su representante

FEDERACION ANDALUZA REMO

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