**Empresas**

321-04/14

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: Colaborador: Nº Póliza 042407876 Certificado:

**Fecha del Accidente / / Nº. expediente**

**Tomador**

Apellidos o Razón Social \_\_Federacion Española de Kickboxing\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_Los Pintores, 2 Ofic. 301  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI/CIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C. Postal \_\_\_28923\_\_ \_\_\_\_\_\_ Población  \_\_\_\_\_Alcorcón \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_Madrid\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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, ...) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

•  Primera asistencia sanitaria orestaDa en (inDicar sólo 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 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

*CertificadodeCalidad*

*eneldiseoycontratacin*

*desegurosylagestin*

*desiniestros.*

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