

# Declaración de Accidente Seguro de Accidentes Colectivos

Cuestionario: Sucursal: [ ] Mediator: [ ] Colaborador: [ ] Nº Póliza: 037766283 Certificado: [ ]

**Fecha del Accidente** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## Tomador

Apellidos o Razón Social AYUNTAMIENTO DE AZUQUECA DE HENARES Nombre \_\_\_\_\_  
 Domicilio PZA. CONSTITUCIÓN, 1 DNI/CIF P1905400F  
 C. Postal 19200 Población AZUQUECA DE HENARES Provincia GUADALAJARA

## Lesionado

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Profesión \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ DNI/CIF \_\_\_\_\_  
 C. Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Web \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## Datos del Accidente

Explique con la mayor claridad posible cómo ocurrió el accidente y qué actividad desarrollaba en ese momento \_\_\_\_\_

Si ha recibido atención médica, indique datos del Centro Médico / Facultativo, así como pruebas y diagnóstico \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

## 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 del Tomador Firma del Lesionado o su representante

## **PROCESO PARA DAR UN PARTE:**

La presentación de este parte de accidentes es condición indispensable para ser atendido en el centro sanitario concertado.

## **CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA:**

- Clínica Ntra. Sra. de la Antigua  
C/ Constitución, 18 (Guadalajara) – Tlf. 949 22 36 00
- IDC Salud Alcalá de Henares  
Vía Complutense, 117 (Alcalá de Henares) – Tlf. 91 877 57 80

Para sucesivas consultas y/o realización de pruebas complementarias , será la propia clínica o entidad aseguradora , la que facilite directamente al lesionado día , lugar y hora.