

Cuestionario: Sucursal: 511 Mediator: 18584 Colaborador: - - - N° Póliza: Certificado:

[illegible]

Tomador

Apellidos o Razón Social		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 _____

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 _____

PARA LA PRESTACIÓN SANITARIA, CUANDO SE REALICE A TRAVÉS DE LA COBERTURA DE CUADRO MÉDICO ALLIANZ, DEBERÁ CONTACTAR EN EL TELÉFONO:

• 900 404 444

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