



DECLARACION DE SINIESTRO

ACCIDENTES CORPORALES

Identificación póliza

Tomador:	AMPA CONSERVATORIO PROFESIONAL DE DANZA DE CÁCERES. CIF G1049€		
Nº póliza:	549067935	Nº Expediente	

Datos de la persona lesionada

Nombre y apellidos del lesionado (Asegurado)		NIF	Teléfono	
Fecha de nacimiento	Actividad profesional			
Domicilio del lesionado:				
c/		nº	Piso	Puerta
Localidad	Provincia		C.Postal	
¿Ha tenido algún accidente en los últimos meses? NO ☐ SI ☐				
Describir:				

Datos del siniestro

¿Dónde ha ocurrido? ☐ En el centro de trabajo ☐ En su domicilio ☐ Fuera del centro de trabajo y su domicilio		
Lugar de ocurrencia del siniestro		
c/		
Localidad	Provincia	C.Postal
Detalle las lesiones sufridas:		
Fecha de accidente	Hora de ocurrencia	

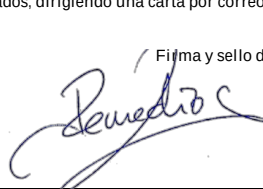
El lesionado del siniestro anteriormente descrito autoriza al tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para hacer frente a las obligaciones derivadas del contrato de seguro.

Asimismo, consiente expresamente que los referidos datos personales sean comunicados entre la Entidad y servicios sanitarios (médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones de carácter análogo), cuando sea preciso para la adecuada actuación profesional relacionada con el contrato y el eficaz desempeño y cumplimiento de sus fines.

La entidad aseguradora se compromete a respetar y facilitar el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por parte del afectado, en los términos y dentro de los límites establecidos en los artículos 23 a 36 del Real Decreto 1720/2007, por el que se desarrolla la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter personal. El firmante podrá ejercitar los derechos antes mencionados, dirigiendo una carta por correo ordinario al Departamento de Atención al Cliente indicado en la parte inferior de este documento.

Firma del lesionado

Firma y sello del Tomador


AMPA CONSERVATORIO
PROFESIONAL DE DANZA - CÁCERES

Normas de actuación en caso de accidente para el lesionado

- 1 El Tomador o lesionado deberá cumplimentar en su totalidad este impreso y firmar el mismo.
- 2 Deberá enviar este documento cumplimentado al correo electrónico indicado en la parte inferior de este documento.

Datos del centro médico

Si ha recibido asistencia médica, indique la fecha y el centro sanitario donde fue atendido. Recuerde adjuntar el parte de primera asistencia.	
Fecha:	
Centro Médico:	
Dirección	

Asegurador

Nombre del asegurador:	OCCIDENT GCO, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD UNIPERSONAL.
Teléfono:	91 - 783 83 83
Correo electrónico:	digitaliza@gcoservicios.com