

Por el presente Parte de Siniestro se pone en conocimiento de la Compañía la ocurrencia del accidente de la persona asegurada, sirviendo el mismo como solicitud de la prestación garantizada en virtud de la póliza de seguro.

**Póliza Núm.:** \_\_\_\_\_**Datos del Asegurado: (a cumplimentar por el Asegurado)**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal | | | | | | | | | |  
Edad: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

**Descripción y fecha del accidente:**

Fecha y hora de ocurrencia: / / Hora: : Lugar de ocurrencia: \_\_\_\_\_  
Descripción: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de no realizarse informe médico por el facultativo, hacer descripción de las lesiones sufridas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Informe médico de baja: (a cumplimentar por el Médico del Asegurado)**

Nombre y apellidos del Facultativo: \_\_\_\_\_ Núm. Colegiado: \_\_\_\_\_  
Colegio: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Localidad donde ejerce: \_\_\_\_\_  
¿Ha padecido el Asegurado esta dolencia con anterioridad?  Sí  No Fecha: / /  
¿Debe el Asegurado guardar cama o reposo domiciliario?  Sí  No  
Indicar si impide al Asegurado el desarrollo de su actividad habitual o profesional y en qué medida:  
 No impide  Impide totalmente  Impide parcialmente Previsión de días de baja: \_\_\_\_\_  
Situación del Asegurado:  en domicilio  Hospitalizado (indicar nombre del Centro): \_\_\_\_\_  
Dirección del Centro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso: / / Hora de ingreso: \_\_\_\_\_ Duración prevista (días): \_\_\_\_\_  
Tipo de hospitalización:  Programada  Urgencias

**El Asegurado presta su consentimiento expreso para que el Asegurador pueda consultar a los facultativos que lo atiendan o lo hayan atendido, sobre los datos médicos o clínicos relativos al mismo.**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
El Facultativo El Asegurado

(Imprescindible adjuntar Informe del Médico o Centro Hospitalario que haya prestado la asistencia y pruebas médicas realizadas si las hubiere)

**Cuestionario a cumplimentar por el Asegurado:**

¿Ejerce otras actividades profesionales además de la declarada en sus datos personales? Detalle cuáles son: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Se encuentra actualmente de baja en su empresa?  Sí  No ¿Desde que fecha?: / /  
¿Ha podido realizar al menos de forma parcial sus actividades hasta este momento?:  Sí  No  
En caso de sufrir algún tipo de invalidez describa la naturaleza y extensión de la misma: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Se trata de accidente de circulación?  Sí  No (en caso afirmativo deberá adjuntar copia del parte amistoso de accidente, datos de los vehículos intervinientes y copia de las Diligencias Judiciales incoadas así como resultado de pruebas toxicológicas realizadas). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

De conformidad con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, quedo informado de la existencia de un fichero informático de titularidad de Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros, de la necesidad de suministrar los datos requeridos para poder tramitar el siniestro objeto de la presente declaración y de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, prestando el consentimiento expreso al tratamiento automatizado de los datos, y muy especialmente de los datos de salud contenidos en la presente Declaración de Siniestro de Accidente.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
El Asegurado