

# Declaración de Accidente

## Zurich Accidentes

Para: Grupos y actividades asociativas



Tomador

Nº Póliza

Domicilio

Teléfono

### Datos del accidente

Fecha

Persona accidentada

Forma de ocurrencia y descripción de las lesiones

### Remisión del lesionado para curación al centro sanitario

Indicar nombre del Centro

### Informe de asistencia del centro hospitalario (a rellenar por el facultativo)

Fecha de la asistencia

Diagnóstico

Tratamiento médico

Precisa seguimiento médico y/o RHB

Sí  No

**Protección de datos personales:** Los datos de carácter personal se incluirán en ficheros de Zurich Insurance, plc, Sucursal en España, y de su matriz Zurich Insurance, plc., la finalidad de los cuales es y podrá ser la oferta, perfección, mantenimiento y control del contrato de seguro así como la realización de estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, la gestión del coaseguro en su caso, y a la prevención del fraude y, por parte de la matriz, tratamientos relativos a prevención de blanqueo de capitales o de financiación del terrorismo. La declaración de sus datos es voluntaria aunque necesaria para el funcionamiento de la relación contractual. En cualquier momento podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad contratante correspondiente, responsables de los ficheros y su tratamiento, con domicilio a estos efectos en Vía Augusta 200, 08021-Barcelona. Asimismo sus datos serán utilizados para el ofrecimiento de productos o servicios por parte de las entidades Zurich Insurance plc, Sucursal en España, Zurich Vida y Aide Asistencia u otras sociedades vinculadas legalmente a las anteriores, y a través de sus intermediarios autorizados, así como para el envío de información sobre los productos, bienes o servicios que comercialicen otras entidades y que, de acuerdo con los datos que nos ha facilitado, mejor se ajusten a su perfil y necesidades. En caso que desee manifestar su negativa al uso de sus datos con tal finalidad puede hacerlo a través de la dirección de correo electrónico [zurichlopd@zurich.com](mailto:zurichlopd@zurich.com). Para todo lo anterior el lesionado manifiesta expresamente su consentimiento.

En

a

de

de

### Conformidades

El Tomador  
Sello y firma

El Asegurado  
DNI y firma

Firma del Médico  
Nº de Colegiado

Zurich Insurance plc, Sucursal en España

Dirección y domicilio social: Vía Augusta 200, 08021 Barcelona. NIF: W0072130H.

Entidad inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, tomo 41342, folio 164, hoja B 390869, inscripción 1ª.