Departamento de Siniestros - *Diversos*

DECLARACIÓN DE SINIESTRO DE ACCIDENTES

Por favor, cumplimente este formulario y remítalo por correo electrónico junto con los documentos que se solicitan directamente a la siguiente dirección: berkleyaccidentes@hna.es

TOMADOR	
Nº DE PÓLIZA	
Nº DE EXPEDIENTE (1)	

(1)Referencia facilitada por la Compañía cuando se comunica el accidente por parte del Tomador al tel. **917 376 342** **(atención las 24 horas del día)**

DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA					
NOMBRE Y APELLIDOS					
NIF		**FECHA DE NACIMIENTO**		**TELEFONO DE CONTACTO**	
DOMICILIO				**C.P.**	
LOCALIDAD Y PROVINCIA	**MAIL**				

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

D/Dña. _____Con D.N.I. nº_____

En su cargo de:_____ del centro _____

y en representación del Tomador del Seguro, Certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se indican a continuación:

LUGAR DE OCURRENCIA: _____ FECHA DE OCURRENCIA: _____

DESCRIPCION DE CÓMO HA OCURRIDO: _____

_____

_____

_____

ACTIVIDAD QUE REALIZABA _____

El perjudicado/accidentado del siniestro anteriormente descrito autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismos para que se pueda cumplir el propio contrato de seguro, realizar la valoración de los daños ocasionados en su persona, cuantificando en su caso la indemnización que le corresponda y el pago del importe de la referida indemnización. Asimismo acepta que los referidos datos personales sean cedidos, exclusivamente a aquellas personas o entidades cuya intervención sea necesaria para el desarrollo de las finalidades citadas anteriormente, así como al tomador de la póliza de seguros, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.
BERKEY ESPAÑA Y CANAL SALUD 24 S.L. como entidad colaboradora asumen la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 , de trece de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos de carácter personal suministrados, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad Canal Salud 24 S.L. a la dirección - Edificio las Rozas 23 - oficina 3 - Planta 1ª. Ctra. de la Coruña Km 23.200 28232 Las Rozas (MADRID) a la atención del Departamento de Relaciones con Clientes o por correo electrónico a la dirección **protecciondedatos@canalsalud24.com.**

Firma y sello del Representante del Tomador: Firma de la persona accidentada:

NORMAS DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE

✓ El tomador del seguro, cumplimentará en su totalidad éste impreso y comunicará el accidente al ASEGURADOR a través **del teléfono 917 376 342**, donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso al ASEGURADOR mediante **FAX al número 917374568** o por correo electrónico a la dirección berkleyaccidentes@hna.es

SEDE SOCIAL: Paseo de la Castellana 259 D, Planta 42 - 28046 Madrid - Tel +34 91 449 26 46 - Fax +34 91 449 26 99
OFICINA: Paseo de Gracia, 11 planta 1ª Escalera A– 08007 Barcelona- Tel +34 93 481 47 29 - Fax +34 93 481 47 37

W.R. Berkley Europe AG, Sucursal en España.
Clave administrativa Núm. E-218 Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid. Tomo 33.443, Folio 155, Sección 8, Hoja M-602001, Inscripción 1, NIF W0371455G.