

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.

Para cumplimentar este documento manualmente, rellenar los datos requeridos a bolígrafo y con letra clara sin efectuar tachaduras ni correcciones.

Póliza Núm.: _____

Datos del Asegurado: (a cumplimentar por el Asegurado)

Nombre y apellidos _____

NIF _____ Fecha de nacimiento / / Sexo Estado Civil N.º hijos _____

Idioma _____ Clave Nacionalidad _____ Clave

Profesión _____ Clave

Domicilio _____ N.º Piso Puerta Teléfono _____

Código postal _____ Clave Población _____ Provincia _____

País _____ Clave E-mail _____

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 el 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).

El Asegurado que suscribe la presente Declaración de Accidente manifiesta y ratifica que todas las respuestas dadas en este cuestionario son verdaderas y completas.

La solicitud o prestación de servicios sanitarios supone la cesión de los datos de salud del asegurado por el médico, centro o servicio prestador de la asistencia a GENERALI pertinentes, adecuados y no excesivos para cumplir, desarrollar y controlar las obligaciones que para asegurado y entidad aseguradora vienen establecidas en el contrato de seguro de salud por el que se garantiza la prestación sanitaria. Puede obtener información adicional del tratamiento de datos realizado en el siguiente enlace <https://www.generalis.es/quienes-somos/privacidad>.

En _____, a _____ de _____ de _____

El Asegurado

