

PARTE DE ACCIDENTES

TOMADOR DEL SEGURO	UNIVERSITAT AUTONOMA DE BARCELONA
Nº DE POLIZA	80887482
Nº DE EXPEDIENTE (*)	

(*) Se rellenará por parte de la compañía al recibir la comunicación de siniestro

DATOS DEL ASEGURADO				
NOMBRE Y APELLIDOS		DNI		EDAD
DOMICILIO		LOCALIDAD		
PROVINCIA		C.P	TELEFONO	

DESCRIPCIÓN Y FECHA DEL ACCIDENTE	
Lugar de Ocurrencia:	
Domicilio	Teléfono
Fecha de Ocurrencia	
Forma de ocurrencia y alcance de lesiones y/o enfermedad	
Atención Sanitaria EN:	

Firma del Lesionado

Firma y Sello Representante de la Entidad

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 segur, y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. Zurich Insurance asume 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 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus

MAIL DE ENVIO: siniestrosge@zurich.com