



ZURICH®

Declaración de Accidente

Zurich Accidentes

Para: Grupos y actividades asociativas

Tomador Consejería De Educación de la Junta de Castilla y León - CIF: S4711001J

Nº Póliza 00000142788330

Domicilio

Teléfono

Datos del accidente

Fecha

Persona accidentada

Forma de ocurrencia y descripción de las lesiones

2/1/07-01/03 Octubre 2012

Remisión del lesionado para curación al centro sanitario

Indicar nombre del Centro

Informe de asistencia del centro hospitalario (a llenar 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 intermedia-rios 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 zurichlop@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