

## Póliza de accidentes

# Gestión de Reclamaciones y Gerencia de Riesgos Berkley Hoja-Cuestionario Declaración de Siniestro

### Tomador

Nombre \_\_\_\_\_

Nº de Póliza \_\_\_\_\_

Nº Expediente<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Referencia facilitada por la Compañía cuando se comunica el accidente por parte del Tomador al tel. 902 30 20 24 (atención las 24 horas del día)

### Datos de la persona accidentada

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad y provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

### Certificación del accidente

D/Dña. \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

En su cargo de: \_\_\_\_\_ Del centro \_\_\_\_\_

y en representación del Tomador del Seguro, certifica la ocurrencia del accidente cuyos datos se detallan:

Lugar de ocurrencia: \_\_\_\_\_

Fecha de ocurrencia: \_\_\_\_\_

Descripción 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.

WR BERKEY 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](mailto:protecciondedatos@canalsalud24.com).

Firma y sello del Representante del Tomador

Firma de la persona accidentada

### Normas de actuación en caso de accidente

El tomador del seguro, cumplimentará en su totalidad éste impreso y comunicará el accidente al ASEGURADOR a través del **teléfono 902 30 20 24**, donde le facilitarán el número de expediente, remitiendo posteriormente este impreso al ASEGURADOR mediante **FAX al número 902 87 52 30** o por correo electrónico a la dirección [gestion@canalsalud24.com](mailto:gestion@canalsalud24.com)

Una vez facilitado el número de expediente, el lesionado acudirá al Centro Médico concertado que le indique el Equipo Médico para ser atendido, donde hará entrega de este parte debidamente cumplimentado.

Por favor, cumplimente este formulario y remítalo junto con los documentos que se solicitan por correo electrónico directamente o a través de su correduría de seguros, a la siguiente dirección: [gestion@canalsalud24.com](mailto:gestion@canalsalud24.com) o [info@canalsalud24.com](mailto:info@canalsalud24.com)

## Datos del asegurado

Nombre \_\_\_\_\_  
DNI/NIF \_\_\_\_\_ Departamento/Cargo \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Número de personas a su cargo \_\_\_\_\_

## Datos del Beneficiario (si es distinto al asegurado)

Nombre \_\_\_\_\_  
DNI/NIF \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## Información del accidente

Fecha de ocurrencia \_\_\_\_\_  
Lugar exacto donde ocurrió \_\_\_\_\_

## Descripción de los hechos (si es necesario, adjunte hojas adicionales)

---

---

---

## Documentación a aportar según las coberturas objeto de reclamación

- Asistencia sanitaria (Reembolso de gastos): Aporte factura original de la prestación sanitaria.
- En caso de fallecimiento del asegurado, aportar la siguiente documentación:
  - Certificado médico detallado, que indique causa, fecha de ocurrencia y proceso del accidente; así como, antecedentes de salud del asegurado que hayan podido influir en las consecuencias del accidente.
  - Certificado de defunción (original).
  - DNI y NIF de los beneficiarios (fotocopia).
  - Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades (original)
  - Copia del último testamento si lo hubiera.
  - Libro de familia (fotocopia).
  - Documentación acreditativa de la liquidación del impuesto sobre sucesiones y donaciones en la que se incluye el importe del seguro.
  - Diligencias del juzgado, informe médico forense, copia completa del atestado o informe de la guardia civil, etc. cuando proceda.

3. En caso de Invalidez Permanente Absoluta, Total o Parcial, describa las producidas con motivo del accidente:

---

---

---

y adjunte la siguiente documentación:

- DNI y NIF del asegurado (fotocopia).
- Certificado médico amplio y detallado donde se reflejen las lesiones y secuelas sufridas por el asegurado.
- Partes de baja, continuidad y alta del asegurado.
- Otros documentos (indicar cuáles):

---

---

---

Ha dictado Resolución el I.N.S.S u organismo competente evaluando cualquier tipo de incapacidad:

- NO  
 Sí (adjunte resolución)

4. En caso de Intervenciones y Prótesis Dentales, aporte factura original de la prestación sanitaria

5. En caso de Renta por Orfandad, aporte:

- Certificado médico detallado, que indique causa, fecha de ocurrencia y proceso del accidente; así como, antecedentes de salud del asegurado que hayan podido influir en las consecuencias del accidente.
- Certificado de defunción (original) y, si procede, del cónyuge
- DNI y NIF de los beneficiarios (fotocopia).
- Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades (original)
- Copia del último testamento si lo hubiera.
- Libro de familia (fotocopia).
- Documentación acreditativa de la liquidación del impuesto sobre sucesiones y donaciones en la que se incluye el importe del seguro.
- Diligencias del juzgado, informe médico forense, copia completa del atestado o informe de la guardia civil, etc. Cuando proceda.

6 En caso de Renta Diaria por Hospitalización, aporte copia sellada por el centro del volante de asistencia sanitaria (Anexo 2)

## Declaración

### CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Se informa al interesado que Berkley España incluirá los datos de carácter personal en un fichero de datos del que es responsable Berkley España. La finalidad del tratamiento será exclusivamente la tramitación de la presente reclamación. El interesado autoriza expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera, gestión externalizada de siniestros o prevención del fraude. El interesado podrá hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a Berkley España, Paseo de la Castellana, 141, 18ª planta, 28046 Madrid, de acuerdo con lo establecido en la Legislación aplicable en materia de Protección de Datos de Carácter Personal.

(Por favor, firme aquí)

Firmado (nombre y apellidos): \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_