

Declaración de siniestro RAMO HOGAR

Datos generales

Tomador del seguro

NIF/CIF

Nº cliente Nombre

Apellidos/Entidad

Sexo H M Domicilio

Nº Piso Pta. Población

CP Provincia

Tel. part. Tel. prof.

Fax e-mail

Asegurado

NIF/CIF

Nº cliente Nombre

Apellidos/Entidad

Sexo H M Domicilio

Nº Piso Pta. Población

CP Provincia

Tel. part. Tel. prof.

Fax e-mail

Datos del accidente

Fecha ocurrencia ¿Intervino Autoridad? Sí No

Lugar ocurrencia (estado, provincia, población, calle o carretera)

Detallar causa y descripción

¿Existe otro seguro sobre el mismo riesgo? Sí No En caso afirmativo, indíquese:

Aseguradora Nº de póliza

Daños apreciados y/o perjuicios sufridos

Importe

Ramo

Póliza

Delegación

Nº de expediente

(continúa al dorso)

Otras declaraciones

¿Existen contrarios? Sí No En caso afirmativo, indíquese:

Nombre _____ Apellidos _____ Tel. _____

Domicilio _____ N° _____ Piso _____ Pta. _____

Población _____ CP _____ Provincia _____

Nombre _____ Apellidos _____ Tel. _____

Domicilio _____ N° _____ Piso _____ Pta. _____

Población _____ CP _____ Provincia _____

Nombre _____ Apellidos _____ Tel. _____

Domicilio _____ N° _____ Piso _____ Pta. _____

Población _____ CP _____ Provincia _____

¿Existen lesionados? Sí No En caso afirmativo, indíquese:

Naturaleza de las lesiones

Nombre _____ Apellidos _____

Domicilio _____ N° _____ Piso _____

Pta. _____ Población _____

CP _____ Provincia _____ Tel. _____

Nombre _____ Apellidos _____

Domicilio _____ N° _____ Piso _____

Pta. _____ Población _____

CP _____ Provincia _____ Tel. _____

Nombre _____ Apellidos _____

Domicilio _____ N° _____ Piso _____

Pta. _____ Población _____

CP _____ Provincia _____ Tel. _____

Observaciones

Quedo informado de que los datos personales, que voluntariamente he facilitado, son necesarios para gestionar mi solicitud y que serán incorporados a un fichero automatizado y confidencial del que es responsable ATLANTIS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Por ello, doy mi consentimiento a la recogida de datos, a su tratamiento posterior y a la cesión o comunicación que pueda realizarse a las otras empresas del Grupo ATLANTIS (Vida, Mediación, Asesores y Ciudadana), o auxiliares de éstas, para la oferta, realización de operaciones o contratación de productos y servicios relacionados con la actividad aseguradora, aún cuando la solicitud no llegue a formalizarse, así como a organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines de colaboración estadístico-actuarial, prevención del fraude y otros legalmente establecidos. Igualmente, me comprometo a informar a los terceros, cuyos datos he facilitado con su consentimiento, de la existencia del fichero, de la finalidad de la recogida de los datos y de las cesiones previstas, así como de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a ATLANTIS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., Secretaría General, C. Balmes 75, 08007 Barcelona.

Declaración efectuada en _____, a _____ de _____

Nombre y apellidos del firmante

NIF

Firma