



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.: L6 G 752000145**

**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			
nº licencia federativa:	Club/sociedad		pertenencia:			

**Descripción y fecha del accidente:**

Fecha y hora de ocurrencia: / / Hora \_\_\_\_\_ Lugar de ocurrencia:

**Descripción del accidente:**

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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha: / /
¿Debe el Asegurado guardar cama o reposo domiciliario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Indicar si impide el Asegurado el desarrollo de su actividad habitual o profesional y en qué medida:		
<input type="checkbox"/> No impide	<input type="checkbox"/> Impide totalmente	<input type="checkbox"/> Impide parcialmente
Previsión de días de baja:		
Situación del Asegurado:	En <input type="checkbox"/> domicilio <input type="checkbox"/> Hospitalizado (indicar nombre del Centro):	
Dirección del Centro:	Teléfono:	
Fecha de ingreso: / /	Hora de ingreso:	Duración prevista (días):
Tipo de hospitalización:	<input checked="" type="checkbox"/> Programada <input type="checkbox"/> 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.generali.es/quienes-somos/privacidad>.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.02

**El Asegurado/Deportista**

**A CUMPLIMENTAR POR EL CLUB/SOCIEDAD**

Fdo. \_\_\_\_\_

D..... con  
DNI/CIF..... Presidente, de la Sociedad de la  
Colombicultura..... **DECLARA** que son  
ciertos los datos reflejados en el presente documento y que el deportista  
D. ...., con licencia  
federativa numero ..... tuvo el accidente en la prueba-  
entrenamiento celebrada el día..... a las .....horas.  
Sera responsabilidad del club y/o del interesado en caso de no ser cierta  
la información proporcionada.

EL PRESIDENTE

Sello sociedad

Fdo.....

**Enviar** esta declaración de accidente a [personales.vya.es@generali.com](mailto:personales.vya.es@generali.com)  
Teléfono contacto... (☎ 911 123 443).

Cualquier accidente, aunque no se preste asistencia o se acuda a urgencias, deberá ser comunicado a la entidad asegurada, al club/sociedad y a la Federación de Colombicultura por si fuera necesario prestar asistencia posteriormente.  
La comunicación se efectuara en el plazo de 48 horas máximo

