

1. ABANS d'anar al centre mèdic, Trucar a Helvetia al **902.45.44.54** per notificar un "Nou sinistre"
2. Facilitar el número de pòlissa: **B7 C32 0.000.972**
3. Respondre i facilitar totes les dades del lesionat al tramitador que té al telèfon.
4. Especificar al centre que es vol anar (Creu Blanca de Reina Elisenda)

Declaración de Siniestro

Nº Póliza	Sucursal y Agencia gestora	Nº siniestro
Clave tramitadora B7 C32 0000972	Tramitador	

Datos del Tomador

Nombre: Universitat Ramon Llull	NIF/CIF: G-56069740	Nº Cliente:
Domicilio: C/ Claravall 1-3		
Código Postal: 08022	Localidad: Barcelona	Provincia: Barcelona
Teléfono: 93-602.22.24	Otro Teléfono:	E-mail: alexm@rectorat.url.edu

Datos del Asegurado (a rellenar sólo si es distinto al tomador)

Nombre:	NIF/CIF:	Nº Cliente:
Domicilio:		
Código Postal:	Localidad:	Provincia:
Teléfono:	Otro Teléfono:	E-mail:

Datos del Contrario

Nombre:	NIF/CIF:	Causante () o Perjudicado ()
Domicilio:		
Código Postal:	Localidad:	Provincia:
Teléfono:	Compañía:	Nº Póliza:
Marca/Modelo del vehículo:	Matrícula:	
Otros riesgos (situación, ...):		

Datos del Siniestro

Hora y Fecha ocurrencia:	Lugar de ocurrencia:	
Código Postal:	Localidad:	Provincia:

Descripción detallada del siniestro (indicar causa, posibles responsabilidades, etc...):

Daños materiales:		
Objetos afectados	Valor estimado	Propietario (asegurado/contrario)

Daños personales:		
Nombre y Dirección	Descripción lesiones	Centro asistencial

Testigos (indicar nombre, domicilio, teléfono y relación con el asegurado)

Otras cuestiones de interés:

De conformidad con la Ley Orgánica, 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros le informa, que los datos de carácter personal facilitados en el presente documento serán incorporados a un fichero de su responsabilidad con la finalidad de gestionar el siniestro del que nos da parte. Asimismo, se le informa que sus datos podrán ser cedidos a otras empresas o terceros, incluidas empresas del grupo, en cuanto resulte necesario para el cumplimiento de la finalidad anterior y siempre que se encuentren establecidos en países que otorguen un nivel de protección equiparable al español. El titular queda informado que el consentimiento anteriormente otorgado es revocable y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, dirigiéndose por escrito con copia de un documento de identificación a Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, Paseo de Cristóbal Colón 26, CP-41001 Sevilla (España)

En _____, a las _____: _____ del día _____/ _____/ _____

Firma del Asegurado y/o declarante (ver nota)

Nota: Si el declarante no es el propio Asegurado, debe cumplimentar lo siguiente:

Nombre:	NIF:	Teléfono:
Domicilio:		
Código Postal:	Localidad:	Provincia:
Relación o parentesco con el Asegurado:		