

Declaración de Accidente

Tomador FEDERACIÓN MADRILEÑA DE MOTOCICLISMO		
№ de póliza 128461373		
Nº de expediente (1)		
(1) Referencia facilitada por Zurich en la comunicación del accidente.		
Datos del lesionado		
Apellidos y nombre		
Domicilio	Nº	Acc.
Cód. postal Población		Tel.
DNI/NIF Edad		
Lugar de commencia		
Lugar de ocurrencia:		
Domilio		
Fecha de ocurrencia		
Forma de ocurrencia y descripción de las lesiones:		

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 intermediarios 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 zurichlopd@zurich.com. Para todo lo anterior el lesionado manifiesta expresamente su consentimiento.

Firma del lesionado

