

Tomador del seguro

NIF/CIF _____ Póliza _____

Nombre _____

Datos del asegurado lesionado

NIF _____

Nombre _____

Apellidos _____

Sexo H M Domicilio _____ N° _____ Piso _____ Pta. _____

Población _____ CP _____ Provincia _____

Teléfono/s _____ e-mail _____

Datos del accidenteFecha ocurrencia _____ ¿Intervino autoridad policial? Sí No Lugar de ocurrencia (país, provincia, población, calle, carretera, centro de trabajo, etc.)

_____Detallar causa y descripción _____

Tipo de lesión sufrida _____

Actividad profesional que realizaba al ocurrir el accidente _____

A pesar de sus lesiones, ¿puede el asegurado desempeñar sus ocupaciones? _____

En caso de haber recibido asistencia sanitaria, indique el nombre del centro sanitario _____
_____¿Existe otro seguro sobre el mismo riesgo? Sí No En caso afirmativo, indique:

Aseguradora _____ N° de póliza _____

Si ha sufrido con anterioridad otros accidentes, indique la fecha y el tipo de lesiones _____
_____**En caso de accidente de circulación**

Indicar el vehículo causante: Matrícula _____

Aseguradora _____ N° de póliza _____

Quedo informado de que los datos personales, que voluntariamente he facilitado, son necesarios para gestionar mi declaración de siniestro y serán incorporados a un fichero confidencial del que es responsable ATLANTIS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Por ello, doy mi consentimiento expreso a la recogida de datos incluidos los datos de salud que resulten necesarios y a su tratamiento posterior para la finalidad indicada. En el caso de haber facilitado a la Entidad Aseguradora datos de otras personas, me comprometo a informar a dichos terceros sobre los extremos que se contienen en la presente cláusula. Finalmente quedo informado de la posibilidad de ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a: Atlantis Seguros, Secretaría General, Ref: Protección de Datos, Aragón, 385, 08013 Barcelona, o bien ejercitar los derechos señalados a través de la dirección de correo electrónico legal@atlantisgrupo.es (acreditando debidamente mi identidad).

Declaración efectuada en _____, a _____ de _____ de _____

Nombre y apellidos del firmante:

NIF _____ Firma _____



Procedimiento de actuación en caso de accidente

Garantía de Asistencia sanitaria

Declaración del siniestro	<p>El Asegurado* deberá comunicar a ATLANTIS la ocurrencia del accidente lo antes posible por correo electrónico, fax o correo ordinario. Ver Declaración de accidente al dorso.</p> <p>* En caso de tratarse de un seguro colectivo de accidentes: la Entidad Tomadora a la que pertenece el Asegurado se encargará de comunicar a ATLANTIS la ocurrencia del accidente.</p>
Para asistencia de urgencia, 1ª visita o sucesivas	<ol style="list-style-type: none">1. El Asegurado podrá dirigirse directamente a un centro médico de su libre elección.2. Acreditar su condición de Asegurado de ATLANTIS, aportando copia de la póliza o declaración de accidente*. Si no dispone de dichos documentos: informar de que es asegurado de ATLANTIS, para que el centro pueda ponerse en contacto con la aseguradora y confirme la cobertura.3. Si el centro requiere autorización de asistencia o tratamiento, deberá solicitarla a ATLANTIS por e-mail o fax. <p>* En caso de tratarse de un seguro colectivo de accidentes: la Entidad Tomadora acreditará que el lesionado pertenece al colectivo asegurado, con el fin de que el centro sanitario pueda facturar directamente a ATLANTIS. La declaración de accidente o certificación de pertenencia al colectivo asegurado será expedida por el Tomador.</p>
Para tratamientos o pruebas complementarias que precisen autorización previa de ATLANTIS: <ul style="list-style-type: none">• Intervenciones quirúrgicas• Rehabilitación• Pruebas complementarias para diagnóstico: (TAC, RMN, ecografías, gammagrafías, artroscopias exploratorias...)	<ol style="list-style-type: none">1. El propio centro médico solicitará la autorización a ATLANTIS por fax o e-mail.2. Adjuntar a la solicitud de autorización una copia detallada del informe médico derivado de la consulta.3. ATLANTIS comunicará lo antes posible su aceptación o denegación de la autorización, al fax o correo electrónico facilitados por el centro.4. Tras obtener la autorización y haber realizado la prueba, el centro remitirá a ATLANTIS una copia del informe de la prueba o tratamiento solicitado, así como los informes sucesivos de la evolución del paciente. <p>Cualquier prueba o tratamiento cubierto por esta garantía y realizado sin la autorización previa de ATLANTIS, correrá por cuenta del Asegurado (sistema de reembolso, tras presentación de la factura correspondiente).</p>
Opción de reembolso de gastos de asistencia sanitaria previamente abonados	<p>El Asegurado deberá enviar por correo a ATLANTIS:</p> <ul style="list-style-type: none">• Declaración de accidente cumplimentada• Factura original• DNI, nombre, apellidos y domicilio del pagador• Nº de cuenta bancaria completa para efectuar el ingreso.

La garantía de Asistencia Sanitaria queda limitada al importe establecido en las Condiciones Particulares y por un plazo máximo de 365 días a contar desde la fecha del accidente

Otras garantías (Incapacidad permanente y Fallecimiento):

El resto de garantías cubiertas se tramitarán según la normativa establecida en las Condiciones Generales de la póliza de accidentes personales.

Datos de contacto:

ATLANTIS Seguros
C. Aragón, 385 08013 Barcelona
correo.siniestros@atlantisgrupo.es
Tel. **93 496 47 85**
Fax **93 451 49 06**