

Seguro del Automóvil Hoja de Comunicación de Accidente de Circulación

Esta comunicación se presentará en las oficinas del Consorcio o de la Entidad Aseguradora dentro del plazo máximo de siete días de haber conocido la ocurrencia del accidente de circulación.

Los espacios en color rojo no se cumplimentarán en ningún caso por el reclamante.

1. DATOS PRESENTACIÓN

Delegación del Consorcio de Compensación de Seguros _____

Fecha presentación			Número de expediente																	
Día	Mes	Año																		

2. DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar _____
 _____ Municipio _____
 Provincia _____ Código Postal | | | | | | Fecha | | | | | | D D M M A A

CROQUIS DEL ACCIDENTE

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE _____

3. DATOS DEL VEHICULO CONTRARIO

Asegurado en C.C.S. Organismo público asegurado en C.C.S. Sin seguro
 Desconocido Robado Asegurado en entidad en liquidación

Matrícula _____ Bastidor _____ Marca _____ Modelo _____
 Entidad Aseguradora _____ Número de Póliza _____
 NIF / CIF Propietario _____ Nombre / Razón Social Propietario _____
 NIF Conductor _____ Nombre conductor _____
 Domicilio _____
 Núm. ____ Esc. ____ Piso ____ Puerta ____ Municipio _____
 Provincia _____ Código Postal | | | | | |
 Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

4. DAÑOS PERSONALES

Número de víctimas | | | |

NIF Víctima _____ Apellidos y Nombre _____
 Condición de la víctima en el momento del accidente (conductor, ocupante, peatón, ciclista...) _____
 Matrícula _____ Bastidor _____ Marca _____ Modelo _____
 Descripción de los daños personales _____

 Centro hospitalario donde fue asistido _____

Centro de Atención Telefónica: 900 222 665
www.conorseguros.es

5. DAÑOS MATERIALES

NIF / CIF Perjudicado _____ Apellidos y Nombre / Razón Social _____
 Matrícula _____ Bastidor _____ Marca _____ Modelo _____
 Descripción de los daños: _____

 Taller _____ Teléfono del taller _____
 Entidad Aseguradora / Número de Póliza _____
 Domicilio perjudicado _____
 Núm. _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____
 Provincia _____ Código Postal | _ | _ | _ | _ | _ |
 Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico: _____

Impactos en el vehículo cuyos daños se reclaman
 (Señalar con flecha →)



6. DATOS JUDICIALES

Juzgado que ha intervenido _____
 Número del procedimiento judicial _____

7. DATOS DEL PERCEPTOR DE LA INDEMNIZACIÓN

DATOS PERSONALES
 NIF / CIF _____ Apellidos y Nombre / Razón Social _____
 Domicilio _____
 Núm. _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____
 Provincia _____ Código Postal | _ | _ | _ | _ | _ |
 Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

DATOS BANCARIOS
 Apellidos y nombre / Razón Social del titular _____
 IBAN | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
 IMPORTANTE: Deberán cumplimentarse con claridad e integramente los dígitos.

DATOS DE LA PERSONA QUE PRESENTA ESTA COMUNICACIÓN

NIF / CIF _____ Apellidos y nombre / Razón Social _____

 Domicilio _____
 Num. _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____
 Provincia _____ Código Postal | _ | _ | _ | _ | _ |
 Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Correo Electrónico _____

Fecha / /
 Firma

NOTA: Los datos de carácter personal facilitados al Consorcio de Compensación de Seguros, con domicilio en Paseo de la Castellana nº 32, 28046, Madrid, serán tratados con la finalidad de gestionar el expediente de siniestro registrado y, en su caso, del recobro o investigación si procediese. Asimismo, sus datos serán tratados con la finalidad de prevenir el fraude en el seguro, así como para realizar, eventualmente, estudios estadísticos, actuariales y de técnica aseguradora.

El Consorcio de Compensación de Seguros tratará los datos personales para las finalidades señaladas con el fin de dar cumplimiento a las funciones que le han sido atribuidas por el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, así como la restante normativa de aplicación. En su virtud, todos los tratamientos de datos personales referenciados realizados por el Consorcio de Compensación de Seguros tienen su base de legitimación en el cumplimiento de una obligación legal (art. 6.1 c) RGPD).

Los datos personales facilitados podrán ser accesibles por entidades de servicios de valoración de daños personales y/o materiales, servicios de investigación y reconstrucción de accidentes, así como por abogados y Tribunales, para la correcta gestión de las finalidades antedichas, así como para el cumplimiento de las obligaciones previstas por la Ley.

Los datos personales serán conservados durante el plazo de 10 años desde el cierre del expediente de siniestro, recobro o investigación; procediendo al bloqueo en ese momento y conservándose únicamente a disposición de las Administraciones Públicas, Jueces y Tribunales para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y/o de la relación jurídica subyacente, durante el plazo de prescripción de éstas.

En caso de que Usted facilite datos de terceros, manifiesta contar con el consentimiento de los mismos y se compromete a trasladarle la información contenida en esta cláusula, así como a informar al Consorcio de Compensación de Seguros de cualquier cambio o actualización relativa a los mismos. Usted garantiza que los afectados son mayores de 14 años o, en caso contrario, que dispone del consentimiento informado de sus padres o tutores para la comunicación de la información.

Usted puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidad y supresión, mediante comunicación dirigida a nuestro Delegado de Protección de Datos a través del buzón de correo electrónico dpo@consorseguros.es. Igualmente tiene derecho a presentar la oportuna reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos en caso de que considere que el Consorcio de Compensación de Seguros ha vulnerado sus derechos. Puede obtener más información en nuestra Política de Privacidad publicada en www.consorseguros.es.