



## Riesgos Extraordinarios Solicitud de indemnización

### Hoja de comunicación de daños

#### **Advertencia:**

Este impreso habrá de presentarse en la Delegación Regional del Consorcio que corresponda, en función del lugar de ocurrencia de los daños, por correo postal o acudiendo a las oficinas de la Delegación Regional, NO deberá remitirse a través de CORREO ELECTRÓNICO ni a través de FAX.

#### 1.- DATOS SOBRE LA OCURRENCIA DE LOS DAÑOS

Lugar de ocurrencia \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_

Día Mes Año

Fecha |\_\_|\_| |\_\_|\_| |\_\_|\_| Causa \_\_\_\_\_

#### 2.- DAÑOS SUFRIDOS

Clase de daño	Tipo de bien	Descripción de los daños: _____
<input type="checkbox"/> Daños materiales	<input type="checkbox"/> Vivienda/Oficinas	_____
<input type="checkbox"/> Daños personales	<input type="checkbox"/> Comercio	_____
<input type="checkbox"/> Pérdida beneficios	<input type="checkbox"/> Industria	_____
	<input type="checkbox"/> Obra civil	_____
	<input type="checkbox"/> Vehículo	_____
	Matrícula _____	
	Taller de reparación (nombre, dirección, teléfono) _____	
	_____	

#### 3.- VALORACIÓN APROXIMADA DE LOS DAÑOS

\_\_\_\_\_ Euros

#### **Nota importante:**

La cuantía consignada en esta casilla tendrá un carácter exclusivamente orientativo.

#### 4.- DATOS DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Número de póliza \_\_\_\_\_

Entidad aseguradora \_\_\_\_\_

#### 5.- DATOS DEL TOMADOR / ASEGURADO

NIF/CIF \_\_\_\_\_ Apellidos y nombre / Razón social \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Núm. \_\_\_\_\_ Esc. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_

Tfno. – Fijo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Centro de Atención Telefónica: 900 222 665 ó 952 367 042**  
**www.consorseguros.es**



El Consorcio tratará los datos 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. Además de lo anterior, el tratamiento relativo las acciones de prevención e investigación del fraude están amparadas en los legítimos intereses del Consorcio de evitar y adoptar medidas frente a las conductas fraudulentas relativas a su actividad aseguradora, de acuerdo con lo dispuesto en la citada normativa.

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.

Los datos facilitados se conservarán durante todo el tiempo de la tramitación del siniestro, quedando bloqueados 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 virtud de la legislación civil, mercantil, fiscal y administrativa.

Usted tiene derecho a acceder, rectificar, suprimir o portar los datos, así como oponerse o limitar el tratamiento, o acudir a la Agencia Española de Protección de Datos con dirección en Calle de Jorge Juan, 6, 28001, Madrid cuando considere que el Consorcio de Compensación de Seguros ha vulnerado los derechos que le son reconocidos por la normativa aplicable en protección de datos o ponerse en contacto con el delegado de protección de datos de Consorcio de Compensación de Seguros a través de [dpo@consorseguros.es](mailto:dpo@consorseguros.es).

Sus datos podrán ser comunicados a terceros, para la correcta gestión de las finalidades antedichas, así como para el cumplimiento de las obligaciones previstas por la Ley.