



CONSORCIO DE
COMPENSACION
• DE SEGUROS •
MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA

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: 902 222 665
www.consorseguros.es

6.- DATOS DEL PERCEPTOR DE LA INDEMNIZACIÓN**Datos personales**

NIF/CIF _____ Apellidos y nombre / Razón social _____

Domicilio _____

Núm. _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____

Provincia _____ Cod. Postal _____

Tfno. – Fijo _____ Móvil _____ Correo electrónico _____

Datos bancarios

Apellidos y nombre / Razón social del titular _____

Código Banco [][][][][][] Denominación de la Entidad _____

Código Sucursal [][][][][][] Domicilio Sucursal _____

Dígito de control [][][] _____

Número de cuenta []

Importante: Deberán cumplimentarse con claridad e íntegramente los 20 dígitos**7.- DATOS DE LA VÍCTIMA (únicamente en caso de daños personales)**

NIF _____ Apellidos y nombre _____

Domicilio _____

Núm. _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____

Provincia _____ Cod. Postal _____

Tfno. – Fijo _____ Móvil _____ Correo electrónico _____

Tipo de daños: Muerte Lesiones**OBSERVACIONES**

8.- DATOS DE LA PERSONA QUE PRESENTA ESTA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

NIF/CIF _____ Apellidos y nombre / Razón social _____

Domicilio _____

Núm. _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____

Provincia _____ Cod. Postal _____

Tfno. – Fijo _____ Móvil _____ Correo electrónico _____

Día Mes Año

Fecha [][][] [][][] [][][]

Firma:

NOTA: Los datos personales facilitados pasarán a formar parte de los ficheros informatizados del Consorcio, garantizándose su confidencialidad. La finalidad de los mismos es tramitar, en su caso, las indemnizaciones solicitadas, y sólo serán cedidos a terceros cuando el Consorcio resulte obligado por la normativa vigente, o cual se precise de estudios y estadísticas para la mejora del servicio prestado por el Consorcio de Compensación de Seguros.
El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición puede realizarse en los Servicios Centrales del Consorcio de Compensación de Seguros: Paseo de la Castellana, 32 – 28046 MADRID (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre Y disposiciones concordantes).