

# 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 22 26 65 ó 952 367 042**  
**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 facilitados en este impreso serán objeto de un tratamiento informático por el Consorcio de Compensación de Seguros y serán utilizados únicamente para la gestión del expediente correspondiente a la presente comunicación de daños y, eventualmente, para la realización de estudios estadísticos con la finalidad de mejorar el servicio prestado a los asegurados.

En cualquier momento podrá ejercer, si así lo desea, su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter personal, dirigiéndose a los Servicios Centrales del CCS, en el Paseo de la Castellana, 32, 28046 MADRID.