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

# Riesgos Extraordinarios
## Hoja de Comunicación de Daños

**Advertencias:**

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 siniestro.

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

### 1. DATOS PRESENTACION

Delegación del Consorcio de Compensación de Seguros _____

Fecha presentación D D M M A A

Número de Expediente

### 2. DATOS DEL SINIESTRO

Lugar de ocurrencia _____

Municipio _____ Provincia _____ Cód. Postal _____

Fecha D D M M A A Causa _____

### 3. BIENES DAÑADOS

| TIPO DE BIEN | CLASE DE DAÑO | Descripción breve de los daños |
|---|---|---|
| ❒ Vivienda / Oficinas | ❒ Material | |
| ❒ Comercio | ❒ Pérdida de beneficios | |
| ❒ Industria | | |
| ❒ Obra civil | | |
| ❒ Vehículo | | |

Matrícula _____

Taller reparación (nombre, dirección, teléfono): _____

### 4. VALORACION APROXIMADA DE LOS DAÑOS

_____ €

**IMPORTANTE: La cuantía consignada tiene un carácter exclusivamente ORIENTATIVO**

### 5. DATOS DE LA POLIZA DE SEGURO

Número de Póliza _____

Entidad Aseguradora _____

### 6. DATOS DEL TOMADOR/ ASEGURADO

NIF / CIF _____ Apellidos y Nombre / Razón Social _____

Domicilio _____

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

Provincia _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

**Centro de Atención Telefónica: 902 222 665** **www.consorseguros.es**

## 7. DATOS DEL PERCEPTOR DE LA INDEMNIZACION

**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 _____

Código Banco |_|_|_|_| Denominación entidad _____

Código Sucursal |_|_|_|_| Domicilio sucursal _____

Dígito Control |_|_| _____

Número cuenta |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**IMPORTANTE: Deberán cumplimentarse con claridad e íntegramente los 20 dígitos.**

## 8. DATOS DE LA VICTIMA (sólo en caso de daños personales)

NIF / CIF _____ Apellidos y Nombre _____

Domicilio _____

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

Provincia _____ Código Postal |_|_|_|_|_|

Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

Tipo de daños [1] Muerte [2] Lesiones [3] Otros: _____

## OBSERVACIONES

## DATOS DE LA PERSONA QUE PRESENTA ESTA COMUNICACION

NIF / CIF _____ Apellidos y Nombre / Razón Social _____

_____

Domicilio _____

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

Provincia _____ Cód. Postal |_|_|_|_|_|

Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

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 cuando se precise la realización 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).