ZD Instinct AD
Sofia, c/ "Srebarna" 13,
office@instinct-insurance.com

Teléfono de contacto: 960659510
De lunes a viernes de 9 a 17 horas

DECLARACIÓN DE SINIESTRO

por certificado/póliza ACCIDENTE Nº: ……..

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos:.....
(Asegurado, Heredero legítimo, Apoderado)

DNI/NIE:.....

Dirección de correspondencia: .....

Teléfono: ……..... E-mail: .....

Declaro que deseo que la cantidad aprobada me sea abonada en:

IBAN: ……
(Cuenta bancaria personal)

Banco: ……

DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO

Fecha del siniestro: ……...

……
……
……

LISTA DE DOCUMENTOS PRESENTADOS:

☐ Certificado de cuenta bancaria personal;

☐ Informe médico/otro documento oficial para el examen realizado. Cantidad: ....

☐ Declaración de accidente laboral

☐ Decisión de un Comité de Expertos Médicos u otro comité de discapacidad

☐ Protocolo del accidente de tráfico

☐ Informe médico de hospitalización y diagnóstico. Cantidad: ...

☐ Resultados de exámenes realizados. Cantidad: ....

☐ Recetas médicas y prescripciones. Cantidad: ...

☐ Facturas a nombre del Asegurado con recibos por gastos realizados. Cantidad: ....

☐ Certificado de herederos

☐ Certificado de defunción

☐ Certificado de últimas voluntades

☐ Otros:

……
……

Deseo que la correspondencia en relación con la reclamación sea enviada a la dirección indicadas arriba, a elección del Asegurador.
He proporcionado mi número de teléfono móvil y dirección de correo electrónico y estoy de acuerdo en recibir mensajes relacionados con la resolución de mi reclamación y el pago de la indemnización correspondiente.

El Asegurado/representante legal del Seguro suscrito, declara que:

1. Que estoy informado/a de que los datos personales (incluidos los de otras personas) serán procesados por ZD Instinct AD en calidad de administrador de datos personales según la normativa vigente de protección de datos personales, y que he sido informado/a acerca de la Política de Privacidad del asegurador disponible en: https://instinctinsurance.com/privacy.
2. Estoy de acuerdo en que ZD Instinct AD procese mis datos personales necesarios para la ejecución del contrato de seguro celebrado entre las partes y la resolución de mi reclamación.
3. Asimismo, autorizo expresamente a ZD Instinct AD a solicitar y obtener de centros sanitarios, autoridades públicas u otras entidades pertinentes la información, datos de carácter personal y documentación relevantes relativas al siniestro y/o a mi estado de salud, en la medida en que resulten necesarias para la tramitación del expediente de siniestro.
4. Me han informado de que en virtud de lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, dentro de los 40 días siguientes a la recepción de una reclamación, el Asegurador efectuará el pago de la cantidad mínima que pueda ser pagadera de acuerdo con las circunstancias conocidas por el Asegurador si la validez de la reclamación puede determinarse a partir de las pruebas presentadas, pero sin determinar claramente el importe de la indemnización pagadera en su caso.
5. Para el pago restante, la decisión se tomará una vez se evalúen todos los documentos presentados para establecer la justificación del siniestro reclamado.

Fecha: .....

Ciudad: .....

.....
/ firma /

LISTA DE DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS

Fallecimiento por accidente
Certificado de defunción
Notificación de la defunción
Informes médicos de hospitalización y diagnóstico
Documentos médicos por la asistencia médica primaria y el tratamiento realizado: informe de alta, hojas ambulatorias de consultas iniciales y de seguimiento, resultados de exámenes, etc.
Protocolo de autopsia / Peritaje médico legal (si se ha designado)
Protocolo del accidente de tráfico
Declaración de accidente laboral
Certificado de herederos y Certificado de últimas voluntades
Certificado de la cuenta bancaria de los herederos

Indemnización diaria (or hospitalización, por tratamiento domiciliario) de accidente/ Fracturas y quemaduras derivadas de accidente
Informes médicos y diagnostigo
Hoja de urgencias/otro
Parte de baja médica
Radiografía – interpretación
Protocolo del accidente de tráfico
Documentos médicos por la asistencia médica primaria y el tratamiento realizado: informe de alta, hojas ambulatorias de consultas iniciales y de seguimiento, resultados de exámenes, etc.
Certificado de cuenta bancaria personal

Reembolso de gastos médicos derivados de accidente
Informes médicos y diagnóstico
Hoja de urgencias/otro
Protocolo del accidente de tráfico
Documentos médicos por la asistencia médica primaria y el tratamiento realizado: informe de alta, hojas ambulatorias de consultas iniciales y de seguimiento, resultados de exámenes, etc.
Factura a nombre del Asegurado con justificante del pago efectuado
Recetas médicas
Certificado de cuenta bancaria personal

Gastos de sepelio
Certificado de defunción
Notificación de la defunción
Factura con justificante del pago efectuado
Certificado de herederos y Certificado de últimas voluntades
Documentos oficiales que acrediten la identidad de los herederos legales
Certificado de cuenta bancaria personal

Se deben proporcionar copias de todos los documentos.
La aseguradora se reserva el derecho de solicitar otros documentos, así como los originales.
Los documentos relacionados con siniestros asegurados ocurridos fuera del territorio de España deben ser traducidos al español por un traductor jurado y apostillados.