

Cuestionario a cumplimentar por el Asegurado:

¿Ejerce otras actividades profesionales además de la declarada en sus datos personales? Detalle cuáles son:

¿Se encuentra actualmente de baja en su empresa?: ☐ Sí ☐ No ¿Desde que fecha: / /

¿Ha podido realizar al menos de forma parcial sus actividades hasta este momento?: ☐ Sí ☐ No

En caso de sufrir algún tipo de invalidez describa la naturaleza y extensión de la misma:

¿Se trata de accidente de circulación?: ☐ Sí ☐ No

(en caso afirmativo deberá adjuntar copia del parte amistoso de accidente, datos de los vehículos intervinientes y copia de las Diligencias Judiciales incoadas así como resultado de pruebas toxicológicas realizadas).

El Asegurado que suscribe la presente Declaración de Accidente manifiesta y ratifica que todas las respuestas dadas en este cuestionario son verdaderas y completas.

La solicitud o prestación de servicios sanitarios supone la cesión de los datos de salud del asegurado por el médico, centro o servicio prestador de la asistencia a GENERALI pertinentes, adecuados y no excesivos para cumplir, desarrollar y controlar las obligaciones que para asegurado y entidad aseguradora vienen establecidas en el contrato de seguro de salud por el que se garantiza la prestación sanitaria. Puede obtener información adicional del tratamiento de datos realizado en el siguiente enlace <https://www.generali.es/quienes-somos/privacidad>.

En _____, a _____ de _____

El Asegurado

