

DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

Teléfono prestación Asistencia 954 593 239

1. DATOS DE LA PÓLIZA			
Asegurado:		Póliza:	
Lesionado:		Edad:	
Domicilio:		Teléfono:	
		DNI:	

2. OCURRENCIA DEL SINIESTRO	
Lugar:	
Fecha y hora:	
Descripción y causa del siniestro:

3. ASISTENCIA MEDICA INICIAL			
Médico / Centro:	Fecha Asistencia:		
Diagnóstico inicial:			
Calificación	Accidente: <input type="checkbox"/>	Enfermedad: <input type="checkbox"/>	Recaída: <input type="checkbox"/>
Tratamiento adoptado:			
Futuras Asistencias:			
Incapacidad:	Temporal: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Duración estimada de la incapacidad:	días
	Permanente (secuelas): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En , a de de 2.01			
Firma, nombre del Médico y núm. de colegiado			

Firma del accidentado o representante

Firma y sello del Tomador de la Póliza