

TOMADOR DEL SEGURO: FEDERACIÓN PROVINCIAL AA PP
PA GABRIEL MIRO

DATOS DEL LESIONADO:

NOMBRE:
APELLIDOS:
DNI:
FECHA DE NACIMIENTO:
SEXO:
DOMICILIO:
LOCALIDAD/CP:
TELEFONO DE CONTACTO:

ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE: Ilimitada en centros en concertados de CASER Accidentes.

Lugar del accidente:

Fecha: Hora:

Forma de ocurrencia/descripción del suceso:

Nombre responsable:
Teléfono de contacto:

**FIRMA Y SELLO
RESPONSABLE DE LA ENTIDAD**

FIRMA ASEGURADO

NIF:

CASER ACCIDENTES COLECTIVOS

TALÓN DE ASISTENCIA SANITARIA



C.I.F. A-28013050

Nº DE EXPEDIENTE:
(DATO A FACILITAR POR CASER)

CENTRO MEDICO CONCERTADO DONDE HA RECIBIDO LA PRIMERA ASISTENCIA:

DIAGNOSTICO:

TRATAMIENTO:

Fecha: ___/___/___

- Accidente no deportivo
- Accidente deportivo

PÓLIZA Nº: 50103409
VIGENCIA: Del 08/09/2015 a 07/09/2016

VALIDEZ DEL TALÓN: Hasta el 07/09/2016

TELÉFONO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO / En caso de accidente cubierto en las garantías de la póliza, el lesionado debe inmediatamente después de su ocurrencia, poner en conocimiento de la compañía aseguradora el hecho llamando al teléfono:

902 020 116