

TOMADOR DEL SEGURO: FEDERACION ANDALUZA DE POLO

DATOS DEL LESIONADO:

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

ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE: Limitada en centros 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

POLIZA Nº: 50256187
VIGENCIA: Del 31/12/2019 al 31/12/2020

VALIDEZ DEL TALON: Hasta el 31/12/2020

TELEFONO DE ATENCION 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