

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES

Tel Gestor Sanitario: 902922009 (IMPRESINDIBLE LLAMAR EN MOMENTO DE ACCIDENTE)

Tomador Póliza:

Nº Póliza

Nº Siniestro:

DATOS DEL DEPORTISTA

Nombre y apellidos:.....

Dirección completa:

Fecha de nacimiento:DNI: Teléfono:

Club/Categoría: E-Mail:

INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

Fecha:..... Hora:..... Luga:

Competición:

Descripción del accidente y causa:

.....

.....

.....

DECLARACION JURADA

D....., en calidad de delegado de este jugador certifica que los daños corporales sufridos por el accidentado han tenido lugar durante el transcurso de (1)*, en la fecha señalada.

El paciente declara que SI / NO (marcar lo que proceda) ha tenido alguna lesión previa al accidente en la región anatómica dañada. En caso afirmativo describir la lesión previa:

Firma Delegado

Firma Accidentado

DNI

DNI:

* (1) Competición o entrenamiento oficial

ENVIE ESTE PARTE: siniestros@centrodeatencionalpaciente.es ANTES DE 24 H