

DECLARACIÓN ACCIDENTE (FUTBOL SALA / FUTBOL 7)

Nº de Póliza: 975418 TOMADOR: ASOC. INDEPENDIENTE DEP. EMPRESAS BALEARES

DATOS DEL LESIONADO

Nombre y Apellidos:.....

Domicilio:.....

Código Postal:..... Población:.....

Teléfono:..... E-mail:.....

Fecha nacimiento:..... DNI:.....

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha accidente: / / Hora:.....

Lugar:..... Población y provincia:.....

Descripción del Accidente:

.....

.....

Diagnóstico (en caso de conocerse):

.....

Datos Centro Médico:

.....

En, a de de(lugar y fecha)

Firmado:(nombre)

En caso de accidente, póngase en contacto con la Compañía al teléfono:

91 384 04 65 (24 horas)

Límite máximo aceptación declaración Accidentes: 72 horas desde la fecha de ocurrencia.

**Enviar documentación (informe de urgencias, parte de accidentes y acta del partido)
grull@atlantida.net**