

|  |  |
| --- | --- |
| PÓLIZA COLECTIVA |  |
| POLIZA INDIVIDUAL |  |

**DATOS DEL ASEGURADO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE |  |
| APELLIDO 1 |  |
| APELLIDO 2 |  |
| NIF |  |
| Nº DE LICENCIA/SOCIO |  |
| TELEFONO CONTACTO |  |
| E-MAIL |  |
| DOMICILIO |  |
| CODIGO POSTAL |  |
| POBLACION |  |

**DECLARANTE DEL ACCIDENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| PERSONA DECLARANTE DEL ACCIDENTE |  |
| NOMBRE DEL CENTRO MÉDICO QUE HA PRESTADO LA ASISTENCIA SANITARIA |  |
| DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS Y  LESIÓN SUFRIDA |  |

SI ES POSIBLE, ADJUNTAR ACTA DEL PARTIDO