

1. DATOS DE LA PÓLIZA

Tomador:

Póliza:

2. DATOS DE LA PERSONA LESIONADA

NOMBRE:..... APELLIDOS:

NIF: EDAD: TELÉFONO:

DOMICILIO: PROVINCIA:

LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL:

NÚMERO DE FEDERADO:

FIRMA DEL LESIONADO

3. CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

..... con NIF núm.

EN NOMBRE DE LA ENTIDAD ARRIBA INDICADA, CERTIFICA LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE Y LOS DATOS SIGUIENTES:

Centro deportivo/Federación:

Lugar, día y hora del ACCIDENTE:

MODO DE OCURRENCIA:

PERSONAS PRESENTES EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:

OBSERVACIONES:

Firma y sello de la persona
Representante de la Entidad

Información para el Centro Médico:

Enviar el presente documento junto con el parte médico por e-mail siniestros.personales@helvetia o fax 902.366.057