

PETICIÓN ASISTENCIA MEDICA DE URGENCIA

Federació Catalana de Ball Esportiu (FCBE)

Nº Póliza: 112000634

DATOS DE LA PERSONA LESIONADA

Nombre: Apellidos:

N.I.F: Edad: Teléfono:

Domicilio: Provincia:

Localidad: C. Postal:

Nº de Federado:

Firma del lesionado

ATENCIÓN SANITARIA AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO MEDICO CONCERTADO

CERTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

..... con N.I.F

En nombre de la Entidad / Club / Federación arriba indicado, certifica la ocurrencia del accidente i 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 Medico:

Enviar el presente documento junto con el Parte de Asistencia por e-mail a: siniestros@nationalesuisse.es