

FIATC MUTUA DE SEGUROS

**CERTIFICADO DE ACCIDENTES DEPORTIVO / ESCOLAR**

**DATOS DEL ASEGURADO**

Doña/Don.....  
Mayor de edad, con Documento Nacional de Identidad nº .....  
En nombre y representación de la Entidad :.....  
Población.....Provincia.....

**DATOS DEL LESIONADO**

Que Doña/Don.....  
con D.N.I. nº.....  
consta como Asegurado de la Póliza **30**-.....  
contratada por.....

**FORMA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE**

.....  
.....  
.Fecha del accidente.....Diagnóstico.....  
y para que conste, a los efectos oportunos, se expide y firma el presente en:  
.....de.....de 201.....

**SELLO CENTRO MÉDICO**

**SELLO Y FIRMA REPRESENTANTE ASEGURADO**

NOTA: En caso de precisar Asistencia Médica deberá presentar obligatoriamente este Certificado en el Centro Médico, debidamente cumplimentado en todos sus apartados.

**FIATC MUTUA DE SEGUROS**

Telf. Atención al client Fiatc 902 110 120 (indicar póliza) o bien la página de Fiatc  
<http://www.fiatc.es/es/servicios-para-clientes> apartado GUÍA MÉDICA donde podrá ver los centros concertados.

