

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 REPRESENT. 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.

