

Compañía Aseguradora: Banco Vitalicio de España, Compañía de Seguros y Reaseguros.

Póliza Núm.: 1-05-216.000 330 Fecha del Siniestro: ____/____/____ Licencia Federativa Núm. _____

CLUB/SOCIEDAD _____ POBLACIÓN _____

Datos Personales del Asegurado:

Nombre y Apellidos _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ N.I.F. _____

Domicilio _____

Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____

Profesión _____ Persona que efectúa la declaración _____

Datos del Accidente:

Fecha ____/____/____ Hora _____ Lugar _____

Descripción _____

Lesiones _____

Situación del Asegurado: En domicilio Hospitalizado en _____

¿Ha intervenido alguna autoridad?

Informe médico de Baja: (A cumplimentar por el Médico del Asegurado)

Facultativo _____ Núm. Colegiado _____

Domiciliado en _____ Fecha Asistencia ____/____/____

Diagnóstico _____

Tratamiento a seguir _____

¿Existen alteraciones que han favorecido o influido en la aparición de la dolencia? No Sí

¿Cuáles? _____

Previsión: Período de curación: _____ días.

Período de incapacidad laboral total: _____ días. - Período de incapacidad laboral parcial _____ días

Previsión de Secuelas: No Sí (Indicar) _____

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma del médico

Firma del Asegurado