



Declaración de Siniestro de Accidentes Personales

Nº Póliza: _____ **Fecha Ocurrencia:** ____ / ____ / ____ **Hora:** _____

Tomador

Nombre: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____

Lesionado

Nombre y Apellidos: _____
Población: _____ Código Postal: _____
Domicilio: _____
Fecha de nacimiento : ____ / ____ / ____
Teléfono: _____ Profesión _____
E-mail: _____

Actividad o labor realizada en el momento de accidentarse: _____

Causas y circunstancias del accidente: _____

Consecuencias y tratamiento médico: _____

Autorización de Primeras Pruebas

CLINICA _____

Sirva el presente escrito para autorizar tanto la primera visita de urgencias en el centro asistencial reseñado en el epígrafe como las pruebas radiológicas iniciales del paciente arriba mencionado por su lesión traumática, no derivada de enfermedad alguna, de la zona corporal _____ ocurrida en el desarrollo de la actividad asegurada. Las citadas pruebas están encaminadas exclusivamente al análisis contractual de la cobertura y a una valoración de la potencial indemnización.

Para el reembolso de su coste será requisito imprescindible que nos remita el respectivo informe donde conste el diagnóstico de la misma, no siendo reembolsado en el supuesto de que la asistencia derive de una enfermedad en sentido estricto.

La presente autorización no presupone asunción de nuevas autorizaciones de futuros tratamientos y pruebas médicas que asistencialmente pudiese precisar el Asegurado ni compromiso de pago de indemnización alguna con cargo al presente siniestro.

Sin otro particular, les saludamos atentamente.

