

**TOMADOR DEL SEGURO:** FEDERACIÓN VASCA DE HÍPICA

**DATOS DEL LESIONADO:**

NOMBRE:

APELLIDOS:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO:

DOMICILIO:

LOCALIDAD/CP:

TELÉFONO DE CONTACTO:

**ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE:** Ilimitada en centros concertados de CASER Accidentes.

Lugar del accidente:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Forma de ocurrencia/descripción del suceso:

Nombre responsable:

Teléfono de contacto:

**FIRMA Y SELLO**

**RESPONSABLE DE LA ENTIDAD**

**FIRMA ASEGURADO**

NIF: \_\_\_\_\_

**CASER ACCIDENTES COLECTIVOS**  
TALÓN DE ASISTENCIA SANITARIA



C.I.F. A-28013050

**Nº DE EXPEDIENTE:**

(DATO A FACILITAR POR CASER)

**CENTRO MEDICO CONCERTADO DONDE HA RECIBIDO LA PRIMERA ASISTENCIA:**

**DIAGNOSTICO:**

**TRATAMIENTO:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Accidente no deportivo
- Accidente deportivo

**POLIZA Nº:** 50261216

**VIGENCIA:** Del 01/01/2020 a 31/12/2020

**VALIDEZ DEL TALON:** Hasta el 31/12/2020

**TELEFONO DE ATENCION AL ASEGURADO / En caso de accidente cubierto en las garantías de la póliza, el lesionado debe inmediatamente después de su ocurrencia, poner en conocimiento de la compañía aseguradora el hecho llamando al teléfono:**

**902 020 116**