

PARTE DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES

ASEGURADORA:

Nº DE PÓLIZA:

I. DATOS DEL ASEGURADO.

NOMBRE: _____ NIF: _____
DOMICILIO: _____
POBLACIÓN: _____ TELEFONO: _____

II. DATOS DEL LESIONADO.

INDIQUE LA MODALIDAD DEL PROGRAMA FORMATIVO O DENOMINACIÓN DEL CURSO:

NOMBRE: _____ NIF: _____
DOMICILIO: _____
POBLACIÓN: _____ TELEFONO: _____

III. DATOS DEL ACCIDENTE.

FECHA: _____ LUGAR: _____
FORMA DE OCURRENCIA: _____
LESIÓN SUFRIDA: _____
¿HA ACUDIDO A ALGÚN CENTRO MÉDICO? _____
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUÁL: _____
¿HA INTERVENIDO ALGUNA AUTORIDAD? _____
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUÁL: _____

IV. OBSERVACIONES O COMENTARIOS.

El abajo firmante declara la veracidad de lo cumplimentado en este formulario y firma el presente en

_____ a _____ de _____

Fdo: _____ NIF/CIF: _____