

**TOMADOR DEL SEGURO:** FEDERACIÓN GALEGA DE TRIATLON

**DATOS DEL LESIONADO:**

NOMBRE:  
APELLIDOS:  
DNI:  
FECHA DE NACIMIENTO:  
SEXO:  
DOMICILIO:  
LOCALIDAD/CP:  
TELEFONO 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:** 500225351  
**VIGENCIA:** Del 01/01/2019 a 01/01/2020

**VALIDEZ DEL TALON:** Hasta el 01/01/2020

**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**