

## SEGURO DE ACCIDENTES / SUBSIDIO DECLARACIÓN DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Contratante

Nombre del mediador

Código del mediador

Nº de póliza

Vencimiento

Lesionado/a

Profesión

Edad

Domicilio

Población

Código postal

Accidente ocurrido el día

Hora

En

Trabajo o actividad que realizaba

Causas del accidente

### TESTIGOS DEL ACCIDENTE

Nombre y apellidos (testigo 1)

Población

Domicilio

Código postal

Nombre y apellidos (testigo 2)

Población

Domicilio

Código postal

Nombre y apellidos (testigo 3)

Población

Domicilio

Código postal

### Firma del asegurado/a lesionado/a

En

el día

de

de 20