



COMUNICAT D'ACCIDENT

DADES A COMPLIMENTAR PEL PRENEDOR DE L'ASSEGURANÇA (empresa organitzadora)

1. DECLARACIÓ DE L'ACCIDENT

..... (nom) amb DNI, en qualitat de
..... (càrrec) de l'empresa UNIVERSITAT POMPEU FABRA, amb
CIF:Q5850017D, soci prenedor de la pòlissa número 112355, certifico les circumstàncies de l'accident
que a continuació es detallen.

2. DADES DEL PARTICIPANT ASSEGURAT / ACCIDENTAT

(El prenedor de la pòlissa declara no tenir cap relació amb l'accidentat)

Nom i cognoms: DNI:

Data de Naixement: Telèfon de contacte:

3. DADES DE L'ACCIDENT

Data: Hora:

Lloc: Població i Província:

Nom de l'activitat:

Descripció de l'accident:

.....

Límit cobertura Assistència Sanitària, Rescat i Trasllat per accident: **3.000,00 Euros**

4. DADES DEL CENTRE MÈDIC / PROFESSIONAL SANITARI

Nom del Centre Mèdic:

Adreça: C.P. i Població:

Telèfon: N.I.F.:

Persona de contacte:

DADES REFERIDES A L'ACCIDENT I A L'ASSISTÈNCIA MÈDICA (En cas de ser coneixedors)

Diagnòstic i descripció de l'assistència:

.....

(Pot substituir-se per un informe mèdic on hi consti: diagnòstic, descripció dels actes mèdics, exploracions, proves de diagnòstic i tractaments recomanats)

I perquè així consti es signa el present document a a (data).

Signat (nom).

Enviar per correu electrònic a ass.accidents@lasseguradora.cat dins les primeres 24 hores de l'ocurrència de l'accident.