Catalana Occidente Seguros

ACCIDENTES CORPORALES (INDIVIDUAL Y COLECTIVOS)
DECLARACIÓN DE SINIESTRO

Número siniestro

Identificación póliza

TOMADOR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE PÓLIZA
MATCH FACTORY S.L.	8-6.946.848-F

Datos de la persona lesionada

FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDOS DEL LESIONADO (ASEGURADO)	D.N.I.

DOMICILIO DEL LESIONADO ☐	TIPO VÍA	NOMBRE DE LA VÍA	NÚMERO	BIS	LETRA

KM.	BLOQUE	ESCALERA	PLANTA	PUERTA	URBANIZACIÓN

LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL

ACTIVIDAD PROFESIONAL	TELÉFONO	TELÉFONO MÓVIL

¿HA TENIDO ALGÚN OTRO ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	☐ No ☐ Sí ⇨	DESCRIBIR:

Datos del siniestro

FECHA DEL ACCIDENTE	HORA	¿DÓNDE HA OCURRIDO?
		☐ En el centro de trabajo ☐ En su domicilio ☐ Fuera del centro de trabajo y de su domicilio

DIRECCIÓN DE OCURRENCIA	
LOCALIDAD	PROVINCIA
¿QUÉ ACTIVIDAD DESARROLLABA?	

POR FAVOR, EXPLIQUE DETALLADAMENTE SU VERSIÓN DEL SINIESTRO INDICANDO CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE:

DETALLE LAS LESIONES SUFRIDAS:

SI HA RECIBIDO ASISTENCIA MÉDICA, INDIQUE LA FECHA Y EL CENTRO SANITARIO DONDE FUE ATENDIDO:	**RECUERDE ADJUNTAR EL PARTE DE PRIMERA ASISTENCIA**
FECHA	CENTRO

En _____, a _____ de _____ de _____

PERSONA LESIONADA

D/Dña:
D.N.I.:

Por favor, recuerde que es imprescindible la firma de esta declaración. Caso de no poder firmar la persona lesionada el firmante deberá identificarse e indicar su relación con la persona lesionada.