CENTRES MÈDICS CONCERTATS

SEVEN MEDICAL ASSISTENCIAL

Av. Príncep d'Astúries, 43-45, Baixos Interior Barcelona Tel. 93-218.82.12 LABORABLES DE 8 A 20 HORES

CLINICA DEL PILAR

C/ Balmes, 271
Barcelona
Tel.93-236.05.12
DE DILLUNS A DIUMENGE 24 HORES



Declaración de Accidente

Por el presente Parte de Siniestro se pone en conocimiento de la Compañía la ocurrencia del accidente de la persona asegurada, sirviendo el mismo como solicitud de la prestación garantizada en virtud de la póliza de seguro.

Fecha y hora de ocurrencia: Descripción:	Provincia: Profesión:	Lugar de ocurr	Teléfono: Código Postal				
Localidad: Edad: Descripción y fecha del Fecha y hora de ocurrencia: Descripción:	Profesión: accidente:	Lugar de ocurr					
Descripción y fecha del Fecha y hora de ocurrencia: Descripción:	Profesión: accidente:	Lugar de ocurr					
Descripción y fecha del Fecha y hora de ocurrencia: Descripción: En caso de no realizarse informe	accidente:	Lugar de ocurr					
Fecha y hora de ocurrencia: Descripción:		Lugar de ocurr	rencia:				
Fecha y hora de ocurrencia: Descripción:		Lugar de ocurr	rencia:				
Descripción:	/ / Hora: :	Lugar de ocurr	rencia:				
			9 P. NO PAST-150A				
En caso de no realizarse informe							
En caso de no realizarse informe							
	médico por el facultativo, h	nacer descripción	de las lesiones sufridas:				
Informe médico de baja:	(a cumplimentar por el Méd	lico del Asegurado	0)				
Nombre y apellidos del Facultati		neo dei rioegaradi	Núm. Colegiado:				
Colegio:	Especialidad:	Loc	calidad donde ejerce:				
¿Ha padecido el Asegurado esta		☐ Si ☐ No	Fecha: / /				
¿Debe el Asegurado guardar car		☐ Si ☐ No	, , , , ,				
Indicar si impide al Asegurado el			onal v en qué medida:				
☐ No impide ☐ Impide to			Previsión de días de baja:				
Situación del Asegurado: 🗌 en	domicilio 🗌 Hospitalizado	o (indicar nombre de	I Centro):				
Dirección del Centro:	- Th	Teléfono:					
Fecha de ingreso: / /	Hora de ingreso	o: Duración prevista (días):					
Tipo de hospitalización: 🗌 Prog	ramada 🔲 Urgencias						
El Asegurado presta su conser atiendan o lo hayan atendido,			pueda consultar a los facultativos que lo os al mismo.				
	En		, a de de				
	FI	l Facultativo	El Asegurado				
	_,	T T doundtivo	X				
(Imprescindible adjuntar Informe del Mé	dico o Centro Hospitalario que haya	a prestado la asistenc	cia y pruebas médicas realizadas si las hubiere)				
Cuestionario a cumplime							
Ejerce otras actividades profesi			personales? Detalle cuáles son:				
Se encuentra actualmente de b	aja en su empresa? 🗌 Si 🏻	□ No	¿Desde que fecha?: / /				
Ha podido realizar al menos de	forma parcial sus actividade:	s hasta este mor	mento?: 🗌 Si 🔲 No				
En caso de sufrir algún tipo de in	validez describa la naturalez	a y extensión de	la misma:				
Se trata de accidente de circula	ción? 🗌 Si 🔲 No (en caso at	firmativo deberá adjui	ntar copia del parte amistoso de accidente, datos de los				
vehículos intervinientes y copia de las Di							
nformático de titularidad de Generali España,	S.A. de Seguros y Reaseguros, de la ne	ecesidad de suministrar	cter Personal, quedo informado de la existencia de un fichero los datos requeridos para poder tramitar el siniestro objeto de posición, prestando el consentimiento expreso al tratamiento				

En



de

de



Declaración de Accidente

Por el presente Parte de Siniestro se pone en conocimiento de la Compañía la ocurrencia del accidente de la persona asegurada, sirviendo el mismo como solicitud de la prestación garantizada en virtud de la póliza de seguro.

Participants anteriors al 2008 fins el 1997			Póliza Núm.: G-L6-620000232							
	(a cumplimentar por el Asegura	ado)								
Nombre y apellidos Lesion	Teléfono:									
Domicilio:										
Localidad:	Provincia:				Cá	digo P	ostal _I			
Edad:	Profesión:									
Descripción y fecha de	el accidente:									
Fecha y hora de ocurrencia:	/ / Hora: :	Lugar c	de ocurre	ncia:						
Descripción:										
En caso de no realizarse infor	me médico por el facultativo, l	nacer desc	cripción d	e las lesion	ies si	ıfridas:				
-										
Informe médico de ha	a: (a cumplimentar por el Méd	lian dal Ac	ogunada)							
Nombre y apellidos del Facult		ico dei As	egurado)		`oloa	iado:				
Colegio:	Especialidad:		Núm. Colegiado: Localidad donde ejerce:							
	sta dolencia con anterioridad?	☐ Si	□ No	Fecha:	- ejer	/ /	1			
¿Debe el Asegurado guardar			□ No	i ecna.	10		/	100-7		
	o el desarrollo de su actividad h	V.D. 190 MOVED VI	ATTOCHES OF BUILDING	al v on quó	mod	idat				
	e totalmente			ar y en que Previsión de			a:			
Situación del Asegurado:					-					
Dirección del Centro:		- 1000000000000000000000000000000000000		Teléfon	o:					
Fecha de ingreso: /	/ Hora de ingreso		Duración prevista (días):							
Tipo de hospitalización: P				Daradion	piovi	ota (ait				
	sentimiento expreso para qu	e el Asea	urador n	uoda cons	ultar	a loc f	ooultoti	ivos aus la		
	lo, sobre los datos médicos c					a 105 1	acuitati	ivos que io		
	En				, a	de		de		
	Ε	l Facultativo			EI	Asegurad X	do			
(Imprescindible adjuntar Informe del	Médico o Centro Hospitalario que haya	a prostado la	acietancia	v pruobae má	dicae r	oalizada	s ei lac bu	phiorol		
ter and an experience			i asistericia	y pruebas me	uicas i	ediizaua	51 Id5 IIU	ibiere/		
	mentar por el Asegurad esionales además de la declara		e datos no	orconaloc?	Dotal	ام میرفاد	oc con:			
		100 CH 303	- uatos pe	ersoriales:	Detai	ie cuait				
Se encuentra actualmente d	e baja en su empresa? 🗌 Si 🏻	□ No		¿Desde	que f	echa?:	/	/		
Ha podido realizar al menos	de forma parcial sus actividade	s hasta es	ste mome	ento?: 🗆 S	i 🗆	No		-		
En caso de sufrir algún tipo de	e invalidez describa la naturalez	za y extens	sión de la	misma:						
Se trata de accidente de circ	ulación? 🗌 Si 🔲 No (en caso a	firmativo del	berá adjunta	ar copia del pa	rte am	istoso de	accident	te, datos de los		
	s Diligencias Judiciales incoadas así co		100	17						
			0							
nformático de titularidad de Generali Espa a presente declaración y de la posibilidac	Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Prote aña, S.A. de Seguros y Reaseguros, de la ne I de ejercer los derechos de acceso, rectifi Imente de los datos de salud contenidos el	ecesidad de su icación, cance	uministrar los elación y opos	datos requerida sición, prestand	os para o el co	poder tra nsentimie	mitar el sir	niestro obieto de		

de

de