

**Tomador del Seguro: FEDERACIÓN GALLEGA DE DEPORTES PARA SORDOS**

**CIF: G15460652**

Nombre del Asegurado:

**Asistencia Sanitaria por accidente deportivo: ILIMITADA**

**Lugar del accidente:**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_\_

**Nombre Entrenador o Responsable:**

(Sello de la Federación)

Firma Responsable

Firma del Asegurado

NIF:

**Caser–Accidentes Col./Deporte**



**CENTRO MEDICO CONCERTADO:**

DIAGNOSTICO:

TRATAMIENTO:

Fecha Realización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Accidente Deportivo

**Póliza:249765**