



## **COMUNICACION DE SINIESTRO**

**Nº POLIZA: G-J3-740.000.003**

**Nº SINIESTRO**

FECHA COMUNICACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Nº Colegiado: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

Tfno.(privado): \_\_\_\_\_ Tfno.(despacho): \_\_\_\_\_

Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Cuenta bancaria en la que se realice el ingreso de la prestación:

ES \_\_\_\_\_

### **SINIESTRO POR ENFERMEDAD**

Dolencia: \_\_\_\_\_

Fecha Baja: \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido anteriormente esta clase de molestias?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

¿Cual fue el diagnóstico?: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

### **SINIESTRO POR ACCIDENTE**

Fecha accidente: \_\_\_\_\_

A las horas: \_\_\_\_\_

En: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

### **PRESTACION NATALIDAD**

Fecha del parto: \_\_\_\_\_