

TOMADOR DEL SEGURO: FEDERACION EXTREMEÑA DE JUDO Y DEPORTES ASOCIADOS

NOMBRE ASEGURADO :

ASISTENCIA SANITARIA TIPO:
Ilimitada en centros concertados de CASER Accidentes.

Lugar del accidente:

Fecha:

Nombre responsable (y sello del Tomador):

Hora:

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA ASEGURADO

NIF:

TELÉFONO ATENCIÓN AL ASEGURADO:
902 02 01 16

CASER ACCIDENTES COLECTIVOS

TALÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

Validez del talón hasta: 01/11/2018



C.I.F. A-28013050

CENTRO MÉDICO CONCERTADO:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

Fecha: ____ / ____ / ____

Accidente deportivo

Accidente no deportivo

PÓLIZA N°: 50103168

VIGENCIA: Del 01/11/2017 al 01/11/2018

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, le informamos que la solicitud o la prestación de servicios sanitarios supone la conformidad expresa a la cesión de los datos de salud del asegurado por el médico, centro o servicio prestador de la asistencia a Caser que sean pertinentes, adecuados y no excesivos para cumplir, desarrollar y controlar las obligaciones que para asegurado y entidad aseguradora vienen establecidas en el contrato de Seguro de Accidentes Colectivo por el que se garantiza la prestación sanitaria.