



FEDERACIO DE SERVEIS A LA CIUTADANIA-CC.OO

ALERTIS BROK
CORREDURIA DE SEGUROS

DECLARACIÓN DE SINIESTRO ILT

PÓLIZA Nº:

TOMADOR:

Nombre y Apellidos:

NIF

Fecha Nac:

Teléfono:

Actividad Profesional: Régimen General

IBAN

Entidad

Oficina

D.C.

Num. Cuenta

Cuenta Bancaria

En caso de Accidente,
descripción:

DATOS DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

Enfermedad: Enfermedad Común

Accidente no laboral: Circulación No Circulación Fecha de Ocurrencia del Accidente: / /

Enfermedad, accidente diagnosticado o intervención quirúrgica padecida (Detallarlo más ampliamente)

¿Ha padecido el asegurado esta dolencia con anterioridad? Si No Fecha: / /

¿Debe el asegurado guardar cama o reposo domiciliario? Si No

Situación del Asegurado: En Domicilio Hospitalizado

En caso de estar hospitalizado, Nombre del centro:

Fecha de Ingreso: / / Hora de Ingreso: h m

Duración prevista días de hospitalización

Tipo de hospitalización Programada Urgencias

En a, de de .

El Asegurado Fdo.