

SEGURO ACCIDENTES 24 HORAS GENERALI

IMPRESO DE COMUNICACIÓN DE SINIESTROS

- DATOS AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

TELEFONO:

E-MAIL:

Nº POLIZA:

- SINIESTRO

FECHA OCURRENCIA:

DESCRIPCIÓN DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE:

- DATOS BANCARIOS PARA EL PAGO (OBLIGATORIO):

TITULAR:

NUMERO DE CUENTA: ES

- DOCUMENTACION REQUERIDA:

- Parte inicial de baja con diagnóstico
- Parte médico de urgencias
- Certificado de afiliación **sellado y firmado**
- Partes continuidad de baja
- Parte alta médica

GENERALI PODRÁ ADOPTAR EN CUALQUIER CASO LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE LA BAJA MÉDICA COMUNICADA.

GENERALI PODRÁ SOLICITAR AL ASEGURADO LA ASISTENCIA A UNA REVISIÓN MEDICA POR PARTE DE MEDICOS FACULTATIVOS DE LA PROPIA ASEGURADORA.

Firma (obligatorio):

ENVIAR ESTE IMPRESO FIRMADO JUNTO CON LA DOCUMENTACION REQUERIDA A:

E-mail: seguroscsif@e2000.es ó Fax: 91 544 75 40