

**TOMADOR:** FEDERACIÓN DE HÍPICA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

**DATOS DEL LESIONADO:**

**NOMBRE:**  
**APELLIDOS:**  
**DNI:**  
**FECHA DE NACIMIENTO:**  
**SEXO:**  
**DOMICILIO:**  
**LOCALIDAD/CP:**  
**TELÉFONO DE CONTACTO:**

**DATOS FEDERATIVOS:**

**Nº LICENCIA:**  
**CATEGORÍA:**  
**CLUB/ENTIDAD/EQUIPO:**

**ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE:**

Ilimitada en centros en concertados de CASER Accidentes.

Lugar del accidente:  
Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Forma de ocurrencia/descripción del suceso:

Nombre responsable:  
Teléfono de contacto:

**FIRMA Y SELLO  
RESPONSABLE DE LA ENTIDAD**

**FIRMA ASEGURADO**

NIF:

# CASER ACCIDENTES COLECTIVOS

## TALÓN DE ASISTENCIA SANITARIA



C.I.F. A-28013050

**Nº DE EXPEDIENTE:**  
(DATO A FACILITAR POR CASER)

**CENTRO MÉDICO CONCERTADO DONDE HA RECIBIDO LA PRIMERA ASISTENCIA:**

**TRATAMIENTO:**

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

- Accidente no deportivo
- Accidente deportivo

**PÓLIZA Nº:** 50149510  
**VIGENCIA:** Del 01/01/2018 a 01/01/2019  
**VALIDEZ DEL TALÓN:** Hasta el 01/01/2019

**TELÉFONO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO / En caso de accidente cubierto en las garantías de la póliza, el lesionado debe inmediatamente después de su ocurrencia, poner en conocimiento de la compañía aseguradora el hecho llamando al teléfono:**

**902 020 116**

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.