

En relación con el accidente de caza que sufrió el día _____ del que fue asistido en este Área de Salud, le rogamos nos remita, a la mayor brevedad posible, el presente **Cuestionario** debidamente cumplimentado.

C U E S T I O N A R I O

ACCIDENTES DE CAZA

Nombre del lesionado _____

Número afiliación a la Seguridad Social _____

Nombre de la persona responsable del accidente _____

Nombre de la compañía aseguradora del arma _____

Número de Póliza _____

De no presentar este **CUESTIONARIO** en el plazo de **15 días**, nos veremos obligados a pasarle a Vd. los gastos ocasionados por la asistencia prestada en este Hospital.

**ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN DE LUNES A VIERNES DE 08:00 A 14:00
HORAS EN LA SECCIÓN DE CARGOS A TERCEROS**