

En relación con el accidente deportivo 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 DEPORTIVOS

Nombre del lesionado \_\_\_\_\_

Número afiliación a la Seguridad Social \_\_\_\_\_

Nombre del Club \_\_\_\_\_

Fotocopia del Acta del Partido \_\_\_\_\_

Fotocopia del Carnet de Federado \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_

Fotocopia de la 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**