

**DECLARACION DE ACCIDENTE**

**PÓLIZA: 51401136**

**TOMADOR: FEDERACION EXTREMEÑA DE PESCA**

**LESIONADO:**

**N.º DE FEDERATIVA:**

**LUGAR, FECHA Y HORA DE OCURRENCIA**

**FECHA:**

**HORA:**

**LUGAR:**

**DESCRIPCION/CAUSA SINIESTRO:**

**ASISTENCIA MEDICA INICIAL MEDICO/CENTRO ASISTENCIAL:**

**FECHA ASISTENCIA:**

**DIAGNOSTICO:**

**Firma:**