

1. DATOS DE LA PÓLIZA			
Tomador:	FEDERACION MADRILEÑA DE TIRO CON ARCO	Póliza:	51396429
Lesionado:		Edad:	
Domicilio		Teléfono:	
Expte.(rellenar por cia):		Tramitador:	

2. OCURRENCIA DEL SINIESTRO	
Lugar:	
Fecha y hora:	
Descripción y causa del siniestro:	

3. ASISTENCIA MÉDICA INICIAL	
Médico/Centro Asistencial	
Fecha Asistencia	
Diagnóstico	

Firma del accidentado o representante

Firma y sello del Tomador