**DENUNCIA DE GASTOS MEDICOS**

**POLIZA: 151.395**

**TOMADOR: PATORUZÚ RUGBY CLUB**

**DATOS PERSONALES - ACCIDENTADO**

* Nombre y Apellido:
* DNI:
* Fecha Nacimiento:

**DETALLE DEL SINIESTRO**

* Forma en que ocurrió el accidente:
* Tipo de lesión:
* Día y Hora del accidente:
* Médico interviniente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA ASEGURADO FIRMA ACCIDENTADO