



## CERTIFICADO DE ACCIDENTE

### DATOS DEL ASEGURADO

**Dña. Maria Robles Garcia**

Mayor de edad, con Documento Nacional de Identidad nº 23.243.134-R

En nombre y representación de la Entidad **A.M.P.A. C.P. San Pablo**

Población **Murcia** Provincia **Murcia**

### DATOS DEL LESIONADO

Que Doña/Don.....

con D.N.I. nº ..... matriculado en el curso ..... y F. Nacimiento

consta como Asegurado de la Póliza: ...**30-511.131**

contratada por **A.M.P.A. C.P. San Pablo**

### FORMA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

.....  
.....

Fecha del accidente.....Diagnóstico.....

Y para que conste, a los efectos oportunos, se expide y firma el presente en:

Murcia, .....a, .....de.....de 20....

**SELLO CENTRO MÉDICO**

**SELLO ENTIDAD  
Y FIRMADO POR:**

**FIRMA REPRESENTANTE ASEGURADO**

NOTA: En caso de precisar Asistencia Médica deberá presentar obligatoriamente este Certificado en el Centro Médico, debidamente cumplimentado en todos sus extremos