

## **SEGURO DE BAJA LABORAL CSI-F**

### **IMPRESO DE COMUNICACIÓN DE SINIESTROS**

**- SECTOR / PROVINCIA:**

**- DATOS AFILIADO:**

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**DNI:**

**TELEFONO:**

**E-MAIL:**

**Nº POLIZA:**

**- SINIESTRO:**

**FECHA OCURRENCIA:**

**DESCRIPCION:**

**- DATOS BANCARIOS PARA PAGO:**

**TITULAR:**

**NUMERO DE CUENTA:**

**- DOCUMENTACION REQUERIDA (\*):**

**- PARTE DE BAJA**

**- PARTES DE CONFIRMACION**

**- PARTE DE ALTA**

**- CERTIFICADO DE AFILIACIÓN**

(\*) EN DETERMINADOS SINIESTROS, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DKV, PODRÁ SOLICITAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL PARA LA ACREDITACIÓN DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

**ENVIAR ESTE IMPRESO JUNTO CON LA DOCUMENTACION REQUERIDA A:**

**CORREDURIA DE SEGUROS FERRERES Y SOLE:**

Srta. Irene Rodríguez (tlf.: 91.543.67.59 / Fax: 91 544 75 40)

e-mail: [ferreres.i@e2000.es](mailto:ferreres.i@e2000.es)