

**SEGURO DE BAJA LABORAL CSI-F**  
**IMPRESO DE COMUNICACIÓN DE SINIESTROS**

**- DATOS AFILIADO**

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

TELEFONO:

E-MAIL:

Nº POLIZA:

**- SINIESTRO**

FECHA OCURRENCIA:

DIAGNÓSTICO:

**- DATOS BANCARIOS PARA EL PAGO (OBLIGATORIO):**

TITULAR:

NUMERO DE CUENTA: ES

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

- Parte inicial de baja con diagnóstico
- Parte alta o hasta parte de confirmación 4 (bajas de más de 20 días)
- Certificado de afiliación a CSIF
- Parte médico de urgencias para casos de accidentes no laborales

**Rogamos se abstengan de comunicar el siniestro hasta no disponer de toda la documentación completa.**

**(\*) EN DETERMINADOS SINIESTROS, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS MAPFRE FAMILIAR, PODRÁ SOLICITAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL PARA LA ACREDITACIÓN DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y/O PERDIDA ECONÓMICA.**

Firma (obligatorio):

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

**E-mail: [seguroscsif@e2000.es](mailto:seguroscsif@e2000.es) ó Fax: 91 544 75 40**