



DECLARACIÓ D'ACCIDENTS PERSONALS

PRENEDOR: UNIVERSITAT DE LLEIDA
NÚM. PÓLISSA: 86695040
COMPANYIA: AXA SEGUROS

DADES DE L'ASSEGURAT*	
NOM I COGNOMS:	
NIF:	TELÈFON:
DOMICILI:	
POBLACIÓ:	CODI POSTAL:
CORREU ELECTRÒNIC:	

DADES DE L'ACCIDENT*		
DATA:	HORA:	LLOC:
EXPLICACIÓ DE L'ACCIDENT:		
CONSEQUÈNCIES DE L'ACCIDENT:		

_____ a _____ de _____ de _____

SIGNATURA:

Aquest formulari-declaració s'ha d'emplenar i, juntament amb una còpia de la matrícula, portar-lo al centre de referència on tindrà lloc l'assistència sanitària d'urgència.

Per comunicar qualsevol incidència us heu d'adreçar a: udl@wtwco.com

* Dades necessàries al presentar la declaració d'accident