

## FORMULARIO RECLAMACIONES/INCIDENCIAS - EMF

DATOS DE LA LESIONADA O LESIONADO			
Nombre y Apellidos		) V@	
Email		Nº Teléfono	
Club		Provincia	

DATOS DEL ACCIDENTE					
Nº Expediente*					
(*Referencia facilitada por la Compañía Mapfre)					
Día ocurrencia		Hora ocurrencia		Lugar ocurrencia	

DATOS DE LA LLAMADA					
Día llamada		Hora llamada		Nº teléfono al que se llamó	
Nombre de la persona que atendió la llamada					

TIPO DE INCIDENCIA			
Marcar con una "X" la entidad con la que se ha tenido la incidencia			
Mapfre		Datos de la persona	
Centro médico		Nombre del Centro médico Datos de la persona	
Adartia		Datos de la persona	

Motivo de la Reclamación/queja

Sugerencias

\* Enviar este documento a la dirección de correo electrónico: [emf@adartia.es](mailto:emf@adartia.es)