

VOLANTE SEGUNDA ASISTENCIA PRUEBAS MÉDICAS.

(Pedir pruebas con una antelación mínima de tres días)

COLEGIO	
EMAIL	
TELEFONO CONTACTO CENTRO	
Nº DE PÓLIZA	
LESIONADO (Nombre y apellidos)	
FECHA DEL ACCIDENTE	
DATOS DE LOS PADRES-TUTOR	
Nombre y apellidos	
Email de los padres	
Móvil de los padres	

SOLICITA:

(Seleccionar una de ellas)

- Atención facultativa (especialistas)
- Pruebas diagnósticas.
- Rehabilitación. Número de sesiones
- Otras pruebas o servicios.

Facultativo o Clínica solicitante	
Tfno del centro facultativo	
Email del centro facultativo	
Prueba solicitada	
Fecha prevista	
Hora	

Debe de adjuntar la siguiente documentación.

- Parte de accidente cumplimentado, firmado y sellado por el colegio.**
- Informe médico donde aparezca el diagnóstico y tratamiento de la lesión.**
- Prescripción facultativa donde aparezca el tratamiento y diagnóstico de la lesión.**
- Prescripción facultativa específica donde aparezca la solicitud de prueba diagnóstica o sesiones de rehabilitación.**

Debe de enviar por correo electrónico este cuestionario a oays@oays.eu con copia a siniestros.gestioncorporalesnoauto@axa.es y siniestroscolegios@joriarmengol.com

Le rogamos lo envíe con la siguiente documentación. Es importante rellenar bien todos los campos y adjuntar la documentación para que el servicio se desarrolle satisfactoriamente. Gracias.