

# FORMULARIO RECLAMACIONES/INCIDENCIAS - EMF

## DATOS DE LA LESIONADA O LESIONADO

Nombre y Apellidos		DNI	
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	<input type="checkbox"/>	Datos de la persona	
Centro médico	<input type="checkbox"/>	Nombre del Centro médico	
Adartia	<input type="checkbox"/>	Datos de la persona	

## Motivo de la Reclamación/queja

## Sugerencias

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