Aviso de Accidentes

Seguro Accidentes Individual - Colectivo

Allianz Seguros

Telèfon d'Assistència
902 102 687

Enviar este documento junto con el resto de documentación especificada en el protocolo de actuación para accidentes, por e-mail a:
asistenciacolectivos@allianz-assistance.es

Allianz

Nº Póliza: 040561936 Ramo: Accidents N.º Stro.:

Fecha del Accidente: ___/___/___

Contratante

Apellidos o Razón Social: Federació Catalana de Judo i D.A.
Domicilio: Saragossa,7 2a Teléfono: 93.747.97.57
Población, Código Postal: 08214 Provincia: Barcelona

Lesionado

Apellidos: _____ Nombre: _____
Fecha nacimiento: ___/___/___ Profesión: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
Población, Código Postal: _____ Provincia: _____
Correo electrónico: _____

Otros datos

¿Intervino la Autoridad?: _____ Diga cúal y de qué localidad: _____
¿Tiene el contratante o el lesionado alguna otra Póliza de Seguro que garantice este accidente?: _____
Cite las señas de las personas que fueron testigos _____

ATENCIÓN:

Todos los federados, deberán adjuntar a este parte de accidentes debidamente cumplimentado, fotocopia de la licencia federativa o certificado acreditativo. Es imprescindible completar el campo de teléfono para contactar con él lesionado

Por favor marque con un X el grupo al que pertenezca:

☐ Mayores de 16 años ☐ Menores hasta 16 años incl.

Datos del accidente

Explique con mayor claridad posible cómo ocurrió el accidente y qué actividad desarrollaba en ese momento: _____

_____

_____

_____ , a _____ de _____ de_____ Firma,

Parte del médico

Nombre del lesionado: _____
¿En qué consiste la lesión? _____
_____ Su carácter: _____
¿Ha sido la lesión directa y exclusivamente producida por el accidente, o bien han contribuido otras circunstancias como por ejemplo, enfermedades o lesiones preexistentes? _____
¿Era el herido antes del accidente, inválido, tenía defecto físico, psíquico o enfermedad? _____
¿Cuáles son las probables consecuencias del accidente? _____
¿Causará el accidente invalidez Temporal completa para sus ocupaciones habituales? _____ ¿Cuántos días? _____
¿Qué día acudió por primera vez a la asistencia facultativa?: ___/___/___
Si la primera cura no la practicó el medico que extiende el presente informe, ¿cuándo se encargó de la curación? ___/___/___
¿Quén practicó la primera cura? _____

_____ , a _____ de _____ de_____ EL MÉDICO,

SIGNATURA CLUB o FEDERACIÓ

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Sede Social: Pº de la Castellana, 39 28046 Madrid; Oficinas Centrales: C/ Tarragona, 109 08014 Barcelona; Telf. 902 23 26 29 Fax. 902 33 36 39
R.M. de Madrid, Tomo 3758; Libro 0; Folio 1; Sección 8; Hoja M 62591 - N.I.F. A-28007748

AENOR ER Empresa Registrada ER-2071/2004
Certificado de Calidad en el Diseño y la Contratación de seguros y la Gestión de siniestros para Clientes particulares y empresas.
IQNet