

A UTILIZAR TAMBIEN POR FEDERACIONES DEPORTIVAS

Aviso de Accidentes

Seguro Accidentes Individual - Colectivo y Ocupantes de Automóviles

Allianz Seguros



Sucursal: Agente: N° Póliza: Ramo: N.º Stro.:

Fecha del Accidente:

Contratante

Apellidos o Razón Social: Nombre:

Domicilio: Teléfono:

Población, Código Postal: Provincia:

Lesionado

Apellidos: Nombre:

Fecha nacimiento: Profesión:

Domicilio: Teléfono:

Población, Código Postal: Provincia:

Otros datos

¿Intervino la Autoridad?: Diga cuál 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

SI HA OCURRIDO CUANDO EL LESIONADO CONDUJÓ O IBA COMO OCUPANTE EN UN VEHÍCULO, DIGA ADEMÁS,

Nombre y apellidos del conductor:

Domicilio: Teléfono:

Permiso de conducir n.º: Clase: Expedido en: Caduca el:

Matrícula del vehículo: Marca: ¿Cuántas personas iban en el vehículo además del lesionado?:

Cite nombres y apellidos así como la edad de ellos, si es posible:

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?

¿Quién practicó la primera cura?

, a de de EL MÉDICO,