Aviso de Accidentes

Seguro Accidentes Individual - Colectivo

Allianz Seguros

Allianz

Telèfon d'Assistència
91 325 55 68

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

Nº Póliza: **044822137** Ramo: Accidentes N.º Stro.:

Fecha del Accidente: __ __ / __ __ / __ __ __ __

FEDERACIÓ CATALANA CICLISME 1896

Contratante

Apellidos o Razón Socia Federació Catalana de Ciclisme

Domicilio: Pg. Vall d'Hebron, 185-201 Teléfono: 93. 301.24.44

Población, Código Postal: 08035 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 el lesionado

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

☐ Federados mayores de 16 años ☐ Federados temporales de carretera ☐ Otros federados temporales

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,

117 - 11/06

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