

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:
dptomedico@mondial-assistance.es

Nº Póliza: **0 3 5 5 0 0 3 5 6**

Ramo: **Accidentes** N.º Stro.: []

Fecha del Accidente: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Contratante

Apellidos o Razón Social: **Federació Catalana de Natació** Nombre: -----
Domicilio: **Diputació, 237, baixos** Teléfono: **93 488 18 54**
Población, Código Postal: **08007** Provincia: **Barcelona**

Lesionado

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

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 _____

ATENCIÓN:

Todos los federados, deberán adjuntar a este parte de accidentes debidamente cumplimentado, fotocopia de la licencia federativa o certificado acreditativo.

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

Federados menores de 16 años

Federados mayores de 16 años

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,