

# 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**

Nº Póliza: **040529706 (federats 17 anys endavant)**

Ramo: Accidentes N.º Stro.:

Fecha del Accidente:

### Contratante

Apellidos o Razón Social: Federació Catalana de Gimnàstica

Domicilio: Pg. Olímpic, 17-19 (oficines)

Teléfono: 93.426.94.78

Población, Código Postal: 08038

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. Es imprescindible completar el campo de teléfono para contactar con el lesionado

### 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,