Aviso de Accidentes

Seguro Accidentes Individual - Colectivo

Allianz Seguros

SURE SERVICE, S.A. Correduría de Seguros

Eviar este documento junto con el resto de documentación especificada en el protocolo de actuación para accidentes, por alguno de estos medios:
- FAX: 902361110
- siniestros.fmc@sureservice.es

Allianz

Sucursal: ____ Agente: ____ Nº Póliza: 3 0 8 8 3 0 9 9 -8 Ramo: Accidentes N.º Stro.: ____

Fecha del Accidente: ____ ____ ____

Contratante

Apellidos o Razón Social: **Federación Madrileña de Ciclismo** Nombre: ____

Domicilio: **Avenida de los Infantes 1, 7º** Teléfono: ____

Población, Código Postal: **28034 - Madrid** Provincia: **Madrid**

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, fotocopia de la licencia federativa o certificado acreditativo y certificado de accidente deportivo debidamente cumplimentado y firmado por la federación.

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

Federado mayor de 14 años ☐ **Federado menor de 14 años** ☐ **Técnico y/o Arbitros** ☐ **Federado de 1 día** ☐

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,

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