Aviso de Accidentes

Seguro Accidentes Individual - Colectivo y Ocupantes de Automóviles

Allianz Seguros

Allianz

Sucursal: ____ Agente: ____ Nº 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 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 _____

SI HA OCURRIDO CUANDO EL LESIONADO CONDUCÍA 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? ____ ____ ____

¿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 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