

# Aviso de Accidentes

## Seguro Accidentes Individual - Colectivo y Ocupantes de Automóviles

Allianz Seguros



CORREDURIA DE SEGUROS CLAVE D.G.S J2886



Sucursal: 516 Agente: 0321 N° Póliza:           Ramo:  N.º Stro.:

Fecha del Accidente:

### Contratante

*Indicar al menos a que sindicato se pertenece*

Apellidos o Razón Social: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Población, Código Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

### Lesionado

*Incluir todos los datos personales*

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento:       Profesión: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Población, Código Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

SI HA OCURRIDO CUANDO EL LESIONADO CONDUJÓ 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: \_\_\_\_\_

*Explicar brevemente la enfermedad o el accidente y firmar*

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Firma,

### Parte del médico

*No hace falta si es enfermedad Común o posee informe medico de*

Nombre del lesionado: \_\_\_\_\_

¿En qué consiste la lesión? urgencias 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,