

Aviso de Accidentes

Allianz Seguros



Nº POLIZA 44388805

Fecha del Accidente::

Contratante

Apellidos o Razón Social: Federación de Beisbol y Softboll Comunidad Valenciana Nombre: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Población, Código Postal: _____ Provincia: _____

Lesionado

Apellidos: _____ Nombre: _____

Fecha nacimiento: Profesión: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Población, Código Postal: _____

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 médico que extiende el presente informe, ¿cuándo se encargó de la curación?

¿Quién practicó la primera cura? _____

_____ , a _____ de _____ de _____ EL MÉDICO,

Firma del Lesionado

Sello de la Federacion