

Aviso de Accidentes

Seguro Accidentes Individual - Colectivo

Allianz 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.fciclismo@sureservice.es



Sucursal: [] [] [] Agente: [] [] [] N° Póliza: **3 0 8 8 3 0 9 9 - 3** Ramo: Accidentes N.º Stro.: []

Fecha del Accidente: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Contratante

Apellidos o Razón Social: **Federación Canaria de ciclismo** Nombre: _____
Domicilio: **Calle Fondos de Segura, s/n (Estadio de Gran Canaria)** Teléfono: _____
Población, Código Postal: **35019 - Las Palmas de Gran Canaria** Provincia: **LAS PALMAS**

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 incluyendo los de 1 día, 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 y/o club. Los federados con fecha anterior a 22-06-2012 deberán además adjuntar certificado de acreditación cobertura con seguro federativo de Allianz.

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 de la Federación 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? [] [] [] [] [] [] [] []

¿Quién practicó la primera cura? _____

_____, a _____ de _____ de _____ EL MÉDICO,