

# Aviso de Accidentes

Seguro Accidentes Individual - Colectivo y Ocupacional



Nº de póliza: 44236499-4

Sucursal: [ ] [ ] [ ] [ ] Agente: [ ] [ ] [ ] [ ] N.º Póliza: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ramo: [ ] [ ] [ ] N.º Stro.: [ ] [ ] [ ] [ ]

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

## Contratante

Apellidos o Razón Social: Valencia sport Promociones deportivasSI-B96860820 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 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 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 médico que extiende el presente informe, ¿cuándo se encargó de la curación? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

¿Quién practicó la primera cura? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ EL MÉDICO,

