

Aviso de Accidente

Seguro de Accidentes Individual y Colectivo

**Allianz Seguros**

**Tomador : FEDERACIÓN GALLEGA DE ESGRIMA**

Nº Póliza: 46054563

Nombre o Razón Social: FEDERACIÓN GALLEGA DE ESGRIMA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección: | PLAZA AGUSTÍN DÍAZ Nº 1 |  |  | Localidad: A CORUÑA | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Provincia: | A CORUÑA |  |  | Código Postal: 15008 | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Teléfono: | 981284525 | E-mail: info@fgesgrima.org | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Asegurado lesionado**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos: | |  |  |  |  | NIF.: | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dirección: | |  |  |  | Localidad: | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Provincia: | |  |  |  | Código Postal: | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Teléfono: | |  | E-mail: | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

En caso de Federación Deportiva, indique el número de federado:

¿Tiene el contratante o el lesionado alguna otra Póliza de seguro que garantice este accidente? Si No Compañía:

**Datos del accidente**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha del Accidente: | | | Hora: |  | Lugar: | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Explicación, causas y circunstancias: | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Por favor, cumplimente de las siguientes preguntas, aquellas que conozca relativas al accidente:**

¿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? | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Asistencia Médica/Urgencias. SiNo | | | Indique prestador del servicio: | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Indique si precisará asistencia posterior (visitas de control, rehabilitación, intervenciones quirúrgicas): | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intervención Autoridad/Juzgado: | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  |  |  |
| En | | |  |  |  |  | , a | | | de | |  |  | de | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma y Sello | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



**Recuerde**:

* **Para asistencia sanitaria en MURCIA, COMUNIDAD VALENCIANA, CATALUÑA, GALICIA, MADRID, CANTABRIA Y ANDALUCÍA, debe llamar al núm.**

**91 325 55 68.**

**Para envío parte y posteriores autorizaciones, enviar a** [**asistenciacolectivos.es@allianz.com**](mailto:asistenciacolectivos.es@allianz.com)

* **Para asistencia sanitaria en cualquier otro lugar del territorio español : 91 334 32 93.**

**Para envío parte y posteriores autorizaciones, enviar a :** [**allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es**](mailto:allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es)



Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

Sede Social: Pº de la Castellana, 39 28046 Madrid; Oficinas Centrales: C/ Tarragona, 109 08014 Barcelona; Tel.: 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.