

# Aviso de Accidentes

Seguro Accidentes Individual - Colectivo

Allianz Seguros



**Telèfon  
d'Assistència**  
**900 404 444**

Enviar este documento junto con el resto de documentación especificada en el protocolo de actuación para accidentes, por e-mail a:  
[allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es](mailto:allianzaccidentes.autorizaciones@hna.es)

Nº Póliza: **039812680** (majors de 16 anys)

Ramo: Accidentes N.º Stro.:

Fecha del Accidente:

## Contratante

Apellidos o Razón Social: Federació Catalana de Taekwondo Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: Valencia 7A ENTRESOL Teléfono: \_\_\_\_\_

Población, Código Postal: BARCELONA, 08015 Provincia: BARCELONA

## 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, deberán adjuntar a este parte de accidentes debidamente cumplimentado fotocopia de la licencia federativa o certificado acreditativo.**

## 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,