



DATA DE L'ACCIDENT / FECHA DEL ACCIDENTE			
REFERENCIA ALLIANZ:	Lloc/lugar	Hora	Dia/Dia

**Imprescindible:** Trucar als telèfons d'assistència d'Allianz/ Llamar a los teléfonos de asistencia de Allianz  
**91.325.55.68 / 902.102.687**  
Prengui nota del nº de referencia i del centre d'assistència/ Tome nota del número de referencia y centro asistencial

PÒLISSA / POLIZA	<b>44214141-3</b>
CONTRACTANT / CONTRATANTE	<b>CONSELL ESPORTIU DE L'HOSPITALET</b>
DOMICILI / DOMICILIO	<b>Carrer Digoine, 29, 08901 L'Hospitalet de Llobregat.</b>
TELÈFON	934 02 60 70
Nº Fitxa/soci/matriculada :	DNI nº:
LESIONAT / LESIONADO	
DATA NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO	
DOMICILI / DOMICILIO	
POBLACIÓ / POBLACION - C.P.	

Persona / entidad / club que realitza la declaració  
Persona / entidad / club que realiza la declaración



Signatura, data, nom, cif i segell.  
Firma, fecha, nombre, nif y sello.

DADES DE L'ACCIDENT / DATOS DEL ACCIDENTE	<i>Expliqui amb el millor detall possible com va ocórrer l'accident i quina activitat esportiva desenvolupava. Explique con el mejor detalle posible como ocurrió el accidente y que actividad deportiva desarrollaba en ese momento.</i>
---	---

En què consisteix la lesió / En qué consiste la lesión	
Caràcter / Carácter	
Primer centre metge/ primer centro médico	