

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES AVISO DE SINIESTRO

Póliza No. _____ Siniestro No. _____

1. Nombre del Accidentado: _____
Edad: _____ años. Residencia: Calle: _____ No. _____
Ciudad: _____ Provincia: _____ Ocupación actual: _____

2. Otros seguros de Accidentes o Beneficios Asegurados . Nombre de la Compañía, Fecha e importe de los seguros: _____

3. Día y hora del accidente: _____

4. Lugar (en la calle, en la casa o en el trabajo) _____

5. Localidad donde ocurrió el accidente: _____

6. NARRACIÓN CLARA Y DETALLADA DE COMO ACONTECIÓ EL ACCIDENTE. Digase lo que estaba haciendo en el momento del accidente:

7. PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE O QUE VIERON PRIMERO AL ACCIDENTADO DESPUÉS DEL ACCIDENTE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

8. DIGASE QUIEN PRESTO LOS PRIMEROS AUXILIOS . Nombre: _____

Lugar _____ día _____ de _____ de 20 _____ Hora: _____

9. ¿INTERVINO ALGUNA AUTORIDAD? Si No

10. ¿DONDE SE ESTA HACIENDO EL TRATAMIENTO?

11. ¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE ANTERIORMENTE A) Fecha: _____

B) Consecuencia: _____

C) Indemnización que recibió: _____

EL FIRMANTE SE RESPONSABILIZA POR LA EXACTITUD DE LAS ANTERIORES RESPUESTAS

Lugar _____ día _____ de _____ de 20 _____

ASEGURADO O BENEFICIARIO_____
CONTRATANTE

ANOTACIONES DE ORDEN ADMINISTRATIVO

Fecha de recepción del aviso: _____

Numero de la ultima renovación: _____

Fecha de pago de la prima: _____

Visto del Funcionario de la Compañía

DECLARACIÓN DEL MEDICO

(Por favor, escriba con letra bien legible)

IMPORTANTE: AL DESCRIBIR LAS LESIONES, CITESE EL TIPO, SU LOCALIZACIÓN Y, APROXIMADAMENTE SUS DIMENSIONES, A FIN DE TENER UNA NOCIÓN COMPLETA DE SU GRAVEDAD

I. DIAGNOSTICO: {Describir el estado actual de las partes afectadas):

2. Las lesiones comprobadas. ¿Son consecuencia directa de CAUSA TRAUMÁTICA? Si No

En caso negativo, ¿Cual es la causa:

3. Si ha habido necesidad de INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, decir la fecha en que se realizo y describirla:

4. PRONOSTICO: En su opinión, ¿del accidente podrá resultar: MUERTE, INVALIDEZ PERMANENTE O INCAPACIDAD TEMPORAL? Si No

5. Consultas realizadas hasta ahora: No _____ Fechas: _____

6. ¿Se da de alta con este aviso? En caso afirmativo, responda a los items 7, 8 y 9 Si No

7. ¿Cuanto tiempo estuvo el asegurado incapacitado para TODA o CUALQUIER tarea pertenecientes a su Profesión?

8. ¿Cuanto tiempo estuvo el asegurado incapacitado para realizar UNA o MAS TAREAS IMPORTANTES de su ocupación?

9. ¿Son de carácter permanente las lesiones? Si No

¿Cual es el porcentaje de reducción funcional de los miembros u órganos lesionados?

10. ¿Ha encontrado en el accidente algún DEFECTO FÍSICO o DOLENCIA PREEXISTENTE AL ACCIDENTE?.

11. ¿Este defecto o dolencia puede agravar o aumentar las consecuencias del accidente?

12. ¿Se han agravado las lesiones por falta de cuidados médicos inmediatos? Si No

13. OBSERVACIONES:

FIRMA DEL MEDICO