

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES AVISO DE SINIESTRO

Póliza N° Siniestro N°

1. Nombre del Accidentado:.....

Edad: años. Residencia: Calle: N°

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. NARRACION CLARA Y DETALLADA DE COMO ACONTECIO EL ACCIDENTE. Dígase lo que estaba haciendo en el momento del accidente:

.....
.....
.....

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

Nombre:

Dirección:

Nombre:

Dirección:

8. DIGASE QUIEN PRESTO LOS PRIMEROS AUXILIOS. Nombre:

Lugar: día de de 200 Hora:

9. ¿INTERVINO ALGUNA AUTORIDAD?:

10. ¿DONDE SE ESTA HACIENDO EL TRATAMIENTO?

11. ¿HA SUFRIDO ALGUN ACCIDENTE ANTERIORMENTE? A) Fecha:

B) Consecuencia:

C) Indemnización que recibió:

EL FIRMANTE SE RESPONSABILIZA POR LA EXACTITUD DE LAS ANTERIORES RESPUESTAS.

Lugar: de de 200.....

.....
ASEGURADO O BENEFICIARIO

.....
CONTRATANTE

ANOTACIONES DE ORDEN ADMINISTRATIVO

Fecha de recepción del aviso:

Número de la última renovación:

Fecha de pago de la prima:

Visto del funcionario de la Compañía:

DECLARACION DEL MEDICO
(Por favor, escriba con letra bien legible)

IMPORTANTE: AL DESCRIBIR LAS LESIONES, CITASE EL TIPO, SU LOCALIZACION Y, APROXIMADAMENTE, SUS DIMENSIONES, A FIN DE TENER UNA NOCION COMPLETA DE SU GRAVEDAD.

1. DIAGNOSTICO: (Describir el estado actual de las partes afectadas):

2. Las lesiones comprobadas, ¿son consecuencia directa de CAUSA TRAUMATICA?

En caso negativo, ¿cuál es la causa:

3. Si ha habido necesidad de INTERVENCION QUIRURGICA, decir la fecha en que se realizó y describirla:

4. PRONOSTICO: En su opinión, ¿del accidente podrá resultar: MUERTE, INVALIDEZ PERMANENTE O INCAPACIDAD TEMPORAL?

5. Consultas realizadas hasta ahora: N° Fechas:

6. ¿Se da de alta con este aviso? En caso afirmativo, responda a los items 7, 8 y 9

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

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

9. ¿Son de carácter permanente las lesiones?

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

10. ¿Ha encontrado en el accidente algún DEFECTO FISICO 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 medicos inmediatos?

13. OBSERVACIONES:

Nombre del Médico Asistente:

Dirección:

.....
FIRMA DEL MEDICO

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución No. 93-126-S del 24 de Marzo de 1993.