

## 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.