

## SEGURO DE "ACCIDENTES PERSONALES"

### DENUNCIA DE ACCIDENTES

Póliza N° \_\_\_\_\_

Siniestro N° \_\_\_\_\_

**ESTE FORMULARIO DEBE SER CONTESTADO Y DEVUELTO POR EL ASEGURADO**

### DETALLES DEL RECLAMO

Contratante del Seguro \_\_\_\_\_

Nombre completo del Accidentado \_\_\_\_\_

Dirección particular \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección comercial \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Profesión u ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sueldo mensual \_\_\_\_\_

1 Diga ¿Cuándo y donde tuvo lugar el Accidente? Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
Lugar \_\_\_\_\_

2 Diga ¿Cómo sucedió y lo que estaba haciendo en ese momento? (Sirvase dar los detalles completos).

3 Diga ¿Qué lesiones ha sufrido?

4 De los nombres y domicilios de los testigos del accidente.

5(a) ¿Dé el nombre y dirección de la Clínica ó Médico que atendió a Ud. cuando sufrió el accidente? (a)  
¿Es su médico de siempre? (b)

6 ¿Está Ud., Como consecuencia directa del accidente, incapacitado para atender totalmente a sus ocupaciones habituales? Desde \_\_\_\_\_

7 Si ahora está en condiciones de atender a sus ocupaciones habituales, diga desde que fecha a) Parcialmente desde \_\_\_\_\_  
b) Totalmente desde \_\_\_\_\_

8 ¿Tiene otros seguros de accidente? Compañía: \_\_\_\_\_

9 ¿Goza de los beneficios del Seguro Social?

Yo, el abajo firmante, declaro que las manifestaciones y detalles consignados son verídicos y autorizo a los Médicos para dar informes.

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**NINGÚN RECLAMO SERA CONSIDERADO SIN EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO MÉDICO**

# C E R T I F I C A D O M É D I C O

(Se ruega al señor Médico, contestar en manuscrito a cada pregunta)

- 
- 1 Nombre del Asegurado
- 
- 2 ¿A su conocimiento cómo se produjo la lesión?
- 
- 3 ¿Cuándo fué consultado Ud. Por primera vez por este accidente?
- 
- 4 ¿Lo atiende Ud. todavía?
- 
- 5 Sírvase informar detalladamente la naturaleza de las lesiones. (Si se trata de un miembro o de un ojo lesionado, sírvase indicar si es derecho o izquierdo ).
- 
- 6 ¿Los síntomas que El Asegurado sufre provienen solamente del accidente?
- 
- 7 ¿Sufrir el asegurado de alguna enfermedad además de las lesiones presentes, o tiene algún defecto físico? Si es así, informar la naturaleza de a misma y hasta donde es afectada la curación normal de ella.
- 
- 8 Como consecuencia directa del accidente, ¿Tiene el Asegurado una inhabilitación temporal que impida atender totalmente a sus ocupaciones habituales? Desde \_\_\_\_\_
- 
- 9 En su opinión ¿en qué fecha puede atender el Asegurado a sus ocupaciones habituales? (a) Parcialmente desde \_\_\_\_\_  
(b) Totalmente desde \_\_\_\_\_
- 
- 10 (a) Informar si existe posibilidad de que se declare una invalidez permanente, en cuyo caso dar detalles. (a)  
(b) Indique Ud. El estado actual y tratamiento a seguir del accidentado. (b)  
(c) Indicar aproximadamente la duración del tratamiento necesario. (c)  
(d) ¿Es necesaria la hospitalización? (d)
- 
- 11 Si esta curado, sírvase informar fecha de alta.
- 
- 12 Observaciones generales

Certifico que a mi mejor conocimiento las manifestaciones consignadas, son verídicas.

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_