

## 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. Dio 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. Dígase 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?

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: ..... de ..... de 20 .....

ASEGURADO O BENEFICIARIO

CONTRATANTE

### ANOTACIONES DE ORDEN ADMINISTRATIVO

Fecha de recepción del aviso:  
Numero de la última 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

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

2. Las lesiones comprobadas. ¿Son consecuencia directa de CAUSA TRAUMÁTICA? .....  
En caso negativo, ¿Cuál 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? .....

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

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

13. OBSERVACIONES: .....

Nombre del Medico Asistente: .....

Dirección:.....

FIRMA DEL MEDICO

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