



SECCION "ACCIDENTES PERSONALES"
DENUNCIA

Póliza N°

Siniestro N°

ESTE FORMULARIO DEBE SER CONTESTADO Y DEVUELTO POR EL ASEGURADO

DETALLES DEL RECLAMO

Contratante del Seguro.....

Nombre completo del Accidentado.....

Nombre del padre o Apoderado (menores).....

Dirección particular..... Teléfono.....

Dirección comercial..... Teléfono.....

Profesión u ocupación..... Fecha nacimiento.....

Sueldo Mensual.....

1 Diga cuándo y dónde 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 Dé los nombres y domicilios de los testigos del accidente.

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

6 ¿Está Ud., como consecuencia directa del accidente, incapacitado para atender totalmente sus ocupaciones habituales? Desde.....

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

8 ¿Tiene otros seguros de accidente? Compañía:.....

9 ¿Goza de los beneficios de la Caja Nacional de Salud u otra Caja de Salud?

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

Girar cheque a nombre de:

Fecha:..... de..... de 20..... Firma:.....

NINGUN RECLAMO SERA CONSIDERADO SIN EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO MEDICO

C E R T I F I C A D O M E D I C O

(SE RUEGA AL SEÑOR MEDICO, CONTESTAR EN MANUSCRITO A CADA PREGUNTA)

-
- 1 Nombre del Asegurado
-
- 2 ¿A su conocimiento cómo se produjo la lesión?
-
- 3 ¿Cuándo fue 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 el derecho o izquierdo).
-
- 6 ¿Los síntomas que él 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 la misma y hasta dónde es afectada la curación normal de ella.
-
- 8 Como consecuencia directa el accidente, ¿tiene el Asegurado una inhabilitación temporal que le impida atender totalmente sus ocupaciones habituales?
-
- 9 En su opinión ¿en qué fecha puede atender el Asegurado sus ocupaciones habituales?
- a) Parcialmente desde
- b) Totalmente desde
-
- 10
- | | |
|---|----|
| a) Informar si existe posibilidad de que se declare una inhabilitación permanente, en cuyo caso dar detalles. | a) |
| b) Indique Ud. el estado actual y tratamiento de seguir del Accidentado. | b) |
| c) Indicar aproximadamente la duración del tratamiento necesario. | c) |
| d) ¿Es necesaria la hospitalización? | d) |
-
- 11 Si está curado, sírvase informar fecha de alta
-
- 12 Observaciones generales
-

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

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

Firma:

Dirección:.....