

ACCIDENTES PERSONALES AVISO DE SINIESTRO

PREGUNTAS

RESPUESTAS

1. Nombre del Accidentado.....
Edad años - Residencia: Calle No Ciudad.....
Provincia Ocupación actual.
2. Otros Seguros de Accidentes o Beneficios 2.
Asegurados. Nombre de la Compañía, fecha
e importe de seguros
3. Día y hora del Accidente 3.
4. Lugar (en la calle, en la casa o en el trabajo) 4.
5. Localidad donde ocurrió el accidente 5.
6. NARRACIÓN CLARA Y DETALLADA DE CÓMO 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. DÍGASE QUIÉN PRESTÓ LOS PRIMEROS AUXILIOS
Nombre.....
Lugar..... Día..... de de 200..... Hora:.....
9. ¿INTERVINO ALGUNA AUTORIDAD? 9.
10. ¿DÓNDE SE ESTÁ HACIENDO EL TRATAMIENTO? 10.
11. ¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE ANTERIORMENTE? 11. A).....
B).....
C).....
A) Fecha B) Consecuencias C).....
C) Indemnización que recibió

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

"La falsedad de los datos proporcionados nulita la reclamación (Art. 14 Ley de Contratos de Seguros)."

..... de de 200

LUGAR

ASEGURADO O BENEFICIARIO

NOTIFICANTE

ANOTACIONES DE ORDEN ADMINISTRATIVO

Fecha de recepción del Aviso..... Fecha de pago de la prima

Número de la última renovación.....

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

(Favor escribir bien legible)

IMPORTANTE: Al describir las lesiones cítese el tipo, su localización y, aproximadamente, sus dimensiones, a fin de tener una noción de su gravedad.

1. DIAGNÓSTICO (Describir el estado 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 realizó y describirla
4. PRONÓSTICO.- 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 ítems 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 MÁS TAREAS IMPORTANTES DE SU OCUPACIÓN?
9. ¿Es de carácter permanente las lesiones?
¿Cuál es el porcentaje de reducción funcional de los miembros u órganos lesionados?
10. ¿Ha encontrado en el accidentado algún DEFECTO FÍSICO O DOLENCIA PREEXISTENTE AL ACCIDENTE? 10
11. Este defecto o dolencia, ¿puede agravar o aumentar las consecuencias del accidente? 11
12. ¿Se han agravado las lesiones por falta de cuidados médicos inmediatos? 12
13. OBSERVACIONES:

Nombre del Médico Asistente.....

Dirección:

Teléfono: