

## FORMULARIO DE DENUNCIA ACCIDENTES PERSONALES

**Póliza N°:** .....

El aviso de cualquier accidente debe ser enviado a la Compañía en el término más breve posible, y nunca después de los tres días de haberse hecho aparentes las lesiones producidas por éste.

La presente denuncia de siniestro deberá presentarse acompañada por: 1) fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnóstico médico realizados, y 2) fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.

<b>Preguntas</b>	<b>Respuestas</b>
1. a) Nombre y Apellido del Asegurado	a)
b) Edad	b)
c) Domicilio	c)
d) Profesión	d)
e) Domicilio/Tel. Laboral	e)
2. Día, mes, año y hora del accidente	
3. Lugar donde ha ocurrido el accidente	
4. ¿Qué personas fueron testigos del accidente (nombre, profesión, domicilio), y en caso de que no hubiera habido testigos, qué personas vieron al Asegurado inmediatamente después del accidente?	
5. ¿Durante qué actividad y en qué circunstancia sobrevino el accidente?	
6. ¿Cómo ha sucedido el accidente, cuál fue su causa inmediata? (A esta pregunta es preciso contestar de una manera precisa para formar una idea clara del accidente)	
7. ¿Cuáles son las consecuencias del accidente con relación a la incapacidad para el trabajo del Asegurado? Es decir: a) ¿Debe éste permanecer en cama o en su habitación por prescripción médica, o puede salir de su casa?	a)
b) ¿Puede dar órdenes o desempeñar en parte sus ocupaciones ordinarias, dirigiendo, vigilando, etc.?	b)
8. a) ¿Por qué persona le fue prestada la primera asistencia.	a)
b) ¿Cuándo y en qué lugar?	b)
9. Nombre y dirección del médico que lo atiende actualmente.	

En \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma (del Asegurado o de sus derecho-habientes)