



Denuncia de Accidente Seguro de Accidentes Personales - Individual

SPVS: 204 - 935003 - 2006 08 045 - 3002

PÓLIZA N°

SINIESTRO N°

Nota Importante: Estimado cliente, usted debe informar del accidente a la compañía inmediatamente de ocurrido el mismo, para lo cual ponemos a su disposición nuestra línea gratuita 800-10-2727 las 24 hrs. del día, o puede apersonarse a nuestras oficinas en su ciudad, le recordamos que según su póliza tiene un tiempo límite para realizar la denuncia.

A. Datos del contratante:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____ NIT/CI _____

DOMICILIO _____ TELÉFONO _____

B. Datos del accidentado:

NOMBRES Y APELLIDOS _____

SEXO _____ EDAD _____ Años, ESTADO CIVIL _____ NACIONALIDAD _____

DOMICILIO _____ TELÉFONO _____

PROFESIÓN _____ OCUPACIÓN HABITUAL _____

C. Datos del accidente:

FECHA _____ HORA _____ LUGAR _____

CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJO

LESIONES OCURRIDAS (heridas, fracturas, etc.)

CAUSA PRECISA DEL ACCIDENTE

D. Datos de la asistencia médica:

NOMBRE Y DOMICILIO DEL MÉDICO QUE LE PRESTÓ LOS PRIMEROS AUXILIOS

¿EN QUÉ HOSPITAL, CLÍNICA O DISPENSARIO FUE ATENDIDO?

E. Indique nombres, teléfonos y direcciones de testigos que presenciaron el accidente

¿ESTÁ ASEGURADO CONTRA ACCIDENTES EN OTRA COMPAÑÍA? SÍ NO

¿EN CUÁL? _____ VALOR ASEGURADO _____

¿HUBO INTERVENCIÓN POLICIAL? _____ COMISARÍA _____ PUESTO _____

LUGAR Y FECHA _____

FIRMA DEL CONTRATANTE Y/O DE LA PERSONA QUE FORMULA LA DENUNCIA

LBPS / REC / 02B1

Certificado Médico

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACCIDENTADO: _____

CI: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

Marque con una "X" la casilla que corresponde

1. ¿ LAS LESIONES QUE PRESENTA EL ACCIDENTADO SON CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DEL ACCIDENTE QUE SE DETALLA?

SÍ NO

2. DIAGNÓSTICO(S).

3. ¿EL ACCIDENTE PUDO HABER OCURRIDO POR LA INFLUENCIA DE OTRAS CAUSAS TALES COMO ALTERACIONES MENTALES O PSÍQUICAS, ESTADOS MORBOSOS, ATAQUES CARDIACOS, EPILÉPTICOS, SÍNCOPES, EMBRIAGUEZ, DEFECTOS FÍSICOS U OTROS?

SÍ NO ¿CUÁLES? _____

4. ¿ERA EL ASEGURADO PERFECTAMENTE SANO Y TRABAJABA NORMALMENTE ANTES DEL ACCIDENTE?

SÍ NO

5. ¿LAS LESIONES HAN CURADO NORMALMENTE CON EL TRATAMIENTO QUE USTED HA REALIZADO?

SÍ NO

6. ¿CUÁL CONSIDERA USTED QUE ES EL TIEMPO EN QUE NORMALMENTE SE CURA ESTE TIPO DE LESIÓN?

7. ¿HAN EXISTIDO COMPLICACIONES EN EL TRANCURSO DEL TRATAMIENTO?

SÍ NO ¿CUÁLES? _____

8. ¿QUÉ EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO HA SOLICITADO UD.? (RADIOGRAFÍAS, ANÁLISIS DE SANGRE, ORINA, LCR, EXAMENES DE OTROS ESPECIALISTAS, ETC.)

9. LAS LESIONES DETERMINADAS POR EL ACTUAL ACCIDENTE PUEDEN PRODUCIR:

A) LA MUERTE	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
B) INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
C) INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

10. ¿EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE, EN QUÉ GRADO SE HA REDUCIDO LA FUNCIONALIDAD DEL ÓRGANO O EL MIEMBRO?

11. A) ¿CONSIDERA QUE EL REPOSO TOTAL DOMICILIARIO ES OBLIGATORIO? SÍ NO

¿POR QUÉ? _____

B) ¿INCAPACIDAD TEMPORAL CON PACIENTE HOSPITALIZADO? SÍ NO ¿CUÁNTOS DÍAS? _____

12. ¿FUE O ES NECESARIA ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? SÍ NO ¿EN QUÉ FECHAS? _____

¿POR QUÉ? _____

TIPO DE CIRUGÍA: _____

13. ¿EN CASO DE MUERTE, ÉSTA SE HA DEBIDO SÓLO AL ACCIDENTE?

¿A CAUSAS PRE - EXISTENTES? SÍ NO ¿CUÁLES? _____

¿A OTRAS CAUSAS? SÍ NO ¿CUÁLES? _____

LUGAR Y FECHA _____

FIRMA DEL MÉDICO