



**NACIONAL  
SEGUROS**  
VIDA Y SALUD S.A.

# DENUNCIA DE ACCIDENTE

FORM/NV.OPE.MLS-02.F1/versión 2

Siniestro N°: \_\_\_\_\_

Ramo: \_\_\_\_\_

ESTE FORMULARIO DEBE ENVIARSE A NACIONAL SEGUROS VIDA Y SALUD S.A. DENTRO DE LOS CINCO DÍAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE, DEBIDAMENTE LLENADO.

1. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_ NIT/CI: \_\_\_\_\_

2. DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

1. NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ 2. FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

3. SEXO M  F  4. CI: \_\_\_\_\_ 5. ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ 6. NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

7. DOMICILIO: \_\_\_\_\_ 8. TELÉFONO: \_\_\_\_\_

9. PROFESIÓN: \_\_\_\_\_ 10. OCUPACIÓN HABITUAL: \_\_\_\_\_

1. NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

2. CI: \_\_\_\_\_ 2. FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

1. FECHA DE OCURRENCIA: \_\_\_\_\_ 2. HORA: \_\_\_\_\_ 3. LUGAR: \_\_\_\_\_

4. CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJO: \_\_\_\_\_

5. LESIONES OCURRIDAS (Heridas, Fracturas, etc) \_\_\_\_\_

6. CAUSA PRECISA DEL ACCIDENTE: \_\_\_\_\_

1. NOMBRE Y DOMICILIO DEL MÉDICO QUE LE PRESTÓ LOS PRIMEROS AUXILIOS: \_\_\_\_\_

2. ¿EN QUE HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO FUE ATENDIDO?: \_\_\_\_\_

1. ¿ESTÁ ASEGURADO CONTRA ACCIDENTES EN OTRA COMPAÑÍA? \_\_\_\_\_

2. ¿EN CUÁL? \_\_\_\_\_ 3. MONTO ASEGURADO: \_\_\_\_\_

4. ¿HUBO INTERVENCIÓN POLICIAL? SI  NO  5. COMISARÍA: \_\_\_\_\_ 6. PUESTO: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

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

(USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO EN CASO DE ACCIDENTES PERSONALES)  
INFORMACIÓN TRANSFERIDA

DIAGNÓSTICO:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

PRIMEROS AUXILIOS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

TRANSFERENCIA (CLÍNICA U HOSPITAL)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

CENTRO MÉDICO DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

FECHA DE SALIDA: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO FINAL:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

LUGAR: \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_

DE 20 \_\_\_\_\_

SELLO Y FIRMA  
MÉDICO QUE ATENDIÓ EL CASO

Declaro(mos) que las presentes respuestas que he(mos) consignado en esta solicitud son verdaderas, completas y que es de mi(nuestro) conocimiento.