



**FORMULARIO DE DENUNCIA
"ACCIDENTES PERSONALES"**

Aprobada por R.A. de la APS/DS/N° 1044 del 15 de Noviembre de 2013
COD. 207 - 935021 - 2012 10 115 3004

CIUDAD

FECHA

Póliza N°

Siniestro N°

Este formulario debe ser contestado y devuelto por el asegurado.

Contratante del Seguro:.....

Nombre completo del accidentado:.....

Nombre del padre o apoderado (menores):.....

Dirección particular:..... Telf.:

Dirección comercial:..... Telf.:.....

Profesión u ocupación:..... Fecha de 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 (sírvese 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. Cuando sufrió el accidente? a).....
b) Es su médico 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 que 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:.....

FIRMA

ALIANZA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

CERTIFICADO MÉDICO

CIUDAD

FECHA

Se ruega al señor médico, 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 trato de un miembro o de un ojo lesionado, sírvase indicar si es el derecho o el izquierdo).

6. ¿Los síntomas que el sufre proviene solamente del accidente?

7. ¿Sufre el asegurado de alguna enfermedad de las lesiones presentes o tiene algún defecto físico? Si es así, informar la naturaleza de la misma y hasta donde es afectada la curación de ella?

8. Como consecuencia directa del 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.
b) Indique Ud. El estado actual y tratamiento de seguir del Accidentado.
c) Indicar aproximadamente la duración del tratamiento necesario
d) ¿Es necesaria la hospitalización?

11. Si está curado, sírvase informar la fecha de alta

12. Observaciones generales

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

Dirección:.....

FIRMA