



La Boliviana Ciacruz Seguros Personales S.A.

Denuncia de Accidentes Seguro de Accidentes Personales - Grupo

SPVS: 204 - 935003 - 2006 08 044 - 3002

PÓLIZA N° _____

REPORTE 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.

Recuerde que la información detallada a continuación debe ser fehaciente.

A.- Datos del contratante:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____ NIT/CI _____

DIRECCIÓN _____ ZONA _____ TELÉFONO _____

B.- Datos del accidentado:

* INFORMACIÓN REQUERIDA SEGÚN NORMATIVA UIF Y LLENADO OBLIGATORIO

*NOMBRES Y APELLIDOS _____

SEXO _____ EDAD _____ Años, _____ ESTADO CIVIL _____ *NACIONALIDAD _____

*DIRECCIÓN _____ *ZONA _____ TELÉFONO _____

*TIPO DE DOCUMENTO _____ *Nro. DOCUMENTO _____ *EXTENSIÓN _____

*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 QUE 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 _____

Firma del Asegurado / Paciente

En caso de que el asegurado / paciente se vea momentáneamente imposibilitado de realizar la denuncia llene los siguientes datos:

Firma del Denunciante: _____

Aclaración de Firma: _____

*LUGAR Y FECHA _____

Nº Documento de Identidad: _____

Relación con el Asegurado: _____

Nota: La información en este formulario tiene carácter de declaración jurada.

Informe 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. ¿CUAL 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, EXÁMENES 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 QUE 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, ESTA 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

NOTA: USE SI ES NECESARIO HOJA APARTE PARA ACLARAR CONCEPTOS O INFÓRMES MÁS DETALLADAMENTE.

LBSP / REC / 03A2