

LATINA SEGUROS

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES: AVISO DE ACCIDENTE

Póliza No.:

Siniestro No.:

1.- Nombres del Accidentado Nombre de la Compañía o Colegio: Edad _____ años. Residencia: Calle _____ No.: Provincia: _____ Teléfono No. _____ Ocupación actual: _____	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
2.- Otros seguros de Accidentes Personales. Nombre de La Compañía, fecha e importe de los seguros.	2.- _____
3.- Fecha y hora del accidente.	3.- _____
4.- Lugar (en la calle, en la casa o en el Trabajo)	4.- _____
5.- Localidad donde ocurrió el accidente.	5.- _____
6.- Narración clara y detallada de cómo aconteció el accidente.- Dígase lo que estaba haciendo el momento del accidente: _____ _____ _____	
7.- Personas que presenciaron el accidente o que vieron primero al Accidentado después del accidente	Nombre: _____ Dirección: _____ Nombre: _____ Dirección: _____
8.- DÍGASE QUIÉN PRESTÓ LOS PRIMEROS AUXILIOS	Nombre: _____ Lugar: _____ Día _____ de _____ de _____ Hora _____
9.- ¿Intervino alguna autoridad?	10.- ¿Dónde se está haciendo el tratamiento?
11.- ¿Ha sufrido algún accidente anteriormente? A) Fecha B) Consecuencia C) Indemnización que recibió	11.- A) _____ B) _____ C) _____

El firmante se responsabiliza por la exactitud de las anteriores respuestas.

de

de

EL ASEGURADO

LA COMPAÑÍA

ANOTACIONES DE ORDEN ADMINISTRATIVO

Fecha de recepción del aviso:

Fecha de pago de la prima:

Número de la última renovación:

Visto del Funcionario de La Compañía

Nota: El presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución No.: 72-36-S del 11 de septiembre de 1972.

Favor de escribir bien legible: **Importante al describir las lesiones cítese el tipo, su localización y aproximadamente sus dimensiones a fin de tener una noción completa de su gravedad.**

1.- DIAGNÓSTICO: (Describir el estado actual de las partes afectadas)	
2.- Las lesiones comprobadas, ¿son consecuencia directa de CAUSA TRAUMÁTICA? En caso negativo, ¿Cuál es la causa?	
3.- Si ha habido necesidad de INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, decir la fecha en que se realizó y describirla.	
4.- PRONÓSTICO: En su opinión, ¿del accidente podrá resultar: MUERTE, INVALIDEZ PERMANENTE O INCAPACIDAD TEMPORAL?	
5.- Consultas realizadas hasta ahora: No.:	Fechas:
6.- ¿Se da de alta con este aviso? En caso afirmativo, responda a los ítems, 7, 8 y 9	
7.- ¿Cuánto tiempo estuvo El Asegurado incapacitado para TODA o CUALQUIER tarea pertenecientes a su profesión?	
8.- ¿Cuánto tiempo estuvo El Asegurado incapacitado para realizar UNA o MÁS TAREAS IMPORTANTES de su ocupación?	
9.- ¿Son de carácter permanente las lesiones? ¿Cuál es el porcentaje de reducción de los miembros u órganos lesionados?	
10.- ¿Ha encontrado en el accidentado algún DEFECTO FÍSICO o DOLENCIA PREEXISTENTE AL ACCIDENTE?	10.-
11.- ¿Este defecto o dolencia puede agravar o aumentar las consecuencias del accidente?	11.-
12.- Se han agravado las lesiones por falta de cuidados?	12.-
13.- Observaciones:	

Nombre del Médico Asistente:

Dirección:

Lugar y fecha:

FIRMA DEL MÉDICO