

<b>Póliza Nro:</b>			
<b>Vigencia:</b>	Desde: Día:	Mes:	Año:
	Hasta: Día:	Mes:	Año:
<b>Nombre del asegurado:</b>			
<b>Domicilio:</b>		<b>Telf:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>		<b>Cel:</b>	
<b>C. I.:</b>	<b>RUC:</b>	<b>Pasaporte:</b>	

<b>DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Edad:</b>	<b>Dirección:</b>		
<b>Fecha del accidente:</b>		<b>Hora:</b>	<b>Ciudad:</b>
<b>Lugar del accidente:</b>			
Narración clara y detallada de cómo aconteció el accidente. Informe la actividad que estaba realizando al momento del accidente:			

<b>PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE O QUE VIERON PRIMERO AL ACCIDENTADO LUEGO DEL ACCIDENTE:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>¿QUIÉN PRESTÓ LOS PRIMEROS AUXILIOS?</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Lugar:</b>			
<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>		
<b>¿INTERVINO ALGUNA AUTORIDAD?</b>		<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>

<b>¿DÓNDE SE ESTÁ HACIENDO EL TRATAMIENTO?</b>			
--	--	--	--

**¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE ANTERIORMENTE?**

Fecha:

Consecuencias:

Indemnización que recibió:

**EL FIRMANTE SE RESPONSABILIZA POR LA EXACTITUD DE LAS ANTERIORES RESPUESTAS.**

Lugar y fecha:

ASEGURADO O BENEFICIARIO

NOTIFICANTE

**PARA SER LLENADO POR LA ASEGURADORA:**

Fecha de recepción del aviso:

Fecha de pago de la prima:

Número del último documento de renovación:

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO**  
**(Favor escribir con letra legible)**

**IMPORTANTE:** Al describir las lesiones cite el tipo, su localización y, aproximadamente, sus dimensiones, a fin de tener una noción de su gravedad.

**1. DIAGNÓSTICO (describir el estado de las partes afectadas):**

**2. Las lesiones comprobadas, ¿son consecuencia directa de CAUSA TRAUMÁTICA?**

En caso negativo, ¿cuál es la causa?

Sí

No

**3. Si existió necesidad de INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, decir la fecha en que se realizó y describirla.**

**4. PRONÓSTICO: En su opinión, del accidente podría resultar:**

Muerte

invalidez permanente

incapacidad temporal

**5. Consultas realizadas hasta ahora:**

No.	Fechas:
-----	---------

**6. ¿Se da de alta con este aviso? En caso afirmativo, responda los ítems 7, 8 y 9.**

Sí

No

**7. ¿Cuánto tiempo estuvo el Asegurado incapacitado para TODA o CUALQUIER tarea perteneciente 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 funcional de los miembros u órganos lesionados?

Sí

No

**10. ¿Ha encontrado en el accidentado algún DEFECTO FÍSICO O DOLENCIA PREEXISTENTE AL ACCIDENTE?**

**11. Este defecto o dolencia, ¿puede agravar o aumentar las consecuencias del accidente?**

**12. ¿Se han agravado las lesiones por falta de cuidados médicos inmediatos?**

**13. Observaciones:**



**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**  
**AVISO DE SINIESTRO**

<b>Nombre del Médico Asistente:</b>
<b>Dirección:</b>
<b>Teléfono:</b>
<b>Lugar y fecha:</b>
<hr/> <b>FIRMA DEL MÉDICO</b>

**Nota:** La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente aviso de siniestro el número de registro SCVS-3-4-SF-9-52004420-10112020, el 10 de noviembre de 2020.