

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

DATOS DE LA PERSONA ACCIDENTADA:			
Nombre:			
Edad:	Dirección:		
Fecha del accidente:		Hora:	Ciudad:
Lugar del accidente:			
Narración clara y detallada de cómo aconteció el accidente. Informe la actividad que estaba realizando al momento del accidente:			
PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE O QUE VIERON PRIMERO AL ACCIDENTADO LUEGO DEL ACCIDENTE:			
Nombre:			
Dirección:			
Nombre:			
Dirección:			
¿QUIÉN PRESTÓ LOS PRIMEROS AUXILIOS?			
Nombre:			
Lugar:			
Fecha:		Hora:	
¿INTERVINO ALGUNA AUTORIDAD?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿DÓNDE SE ESTÁ HACIENDO EL TRATAMIENTO?
--

¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE ANTERIORMENTE?	
Fecha:	
Consecuencias:	
Indemnización que recibió:	

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

Lugar y fecha:	
<div style="text-align: center;">_____ ASEGURADO O BENEFICIARIO</div>	<div style="text-align: center;">_____ NOTIFICANTE</div>

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 cítese 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?
Sí
☐
No
☐

En caso negativo, ¿cuál es la causa?

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?
Sí
☐
No
☐

¿Cuál es el porcentaje de reducción funcional de los miembros u órganos lesionados?

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:



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.