

SEGURO DE "ACCIDENTES PERSONALES"

DENUNCIA DE ACCIDENTES

Póliza N° 10033925

Siniestro N° _____

ESTE FORMULARIO DEBE SER CONTESTADO Y DEVUELTO POR EL ASEGURADO

DETALLES DEL RECLAMO

Contratante del Seguro STEX SRL
 Nombre completo del Accidentado _____
 Dirección particular _____ Teléfono _____
 Dirección comercial _____ Teléfono _____
 Profesión u ocupación _____ Fecha de nacimiento _____
 Sueldo mensual _____

- 1 Diga ¿Cuándo y donde 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 De los nombres y domicilios de los testigos del accidente.

- 5 (a) ¿Dé el nombre y dirección de la Clínica ó Médico que atendió a Ud. cuando sufrió el accidente? (a) _____
¿Es su médico de siempre? (b) _____
- 6 ¿Está Ud., Como consecuencia directa del accidente, incapacitado para atender totalmente a sus ocupaciones habituales? Desde _____
- 7 Si ahora está en condiciones de atender a 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 del Seguro Social?

Yo, el abajo firmante, declaro que las manifestaciones y detalles consignados son verídicos y autorizo a los Médicos para dar informes.

Fecha: _____ de _____ de _____

Firma 

 Yves Robert Adrien Martinon
 GERENTE ADMINISTRATIVO
 STEX SRL

NINGÚN RECLAMO SERA CONSIDERADO SIN EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO

CERTIFICADO MÉDICO

(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 fué consultado Ud. por primera vez por este accidente? _____

4 ¿Lo atiende Ud. todavía? _____

5 Sírvase informar detalladamente la naturaleza de las lesiones. (Si se trata de un miembro o de un ojo lesionado, sírvase indicar si es derecho o izquierdo). _____

6 ¿Los síntomas que El Asegurado sufre provienen solamente del accidente? _____

7 ¿Sufre el asegurado de alguna enfermedad además 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 normal de ella. _____

8 Como consecuencia directa del accidente, ¿Tiene el Asegurado una inhabilitación temporal que impida atender totalmente a sus ocupaciones habituales? _____

Desde _____

9 En su opinión ¿en qué fecha puede atender el Asegurado a sus ocupaciones habituales? _____

(a) Parcialmente desde _____

(b) Totalmente desde _____

10 (a) Informar si existe posibilidad de que se declare una invalidez permanente, en cuyo caso dar detalles. _____

(a)

(b) Indique Ud. el estado actual y tratamiento a seguir del accidentado. _____

(b)

(c) Indicar aproximadamente la duración del tratamiento necesario. _____

(c)

(d) ¿Es necesaria la hospitalización? _____

(d)

11 Si esta curado, sírvase informar fecha de alta. _____

12 Observaciones generales _____

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

Fecha: _____ de _____ de _____

Firma: _____

Dirección: _____