



Accidentes Individuales / Declaración de Accidentes

DATOS GENERALES

POLIZA N° | SINIESTRO N° | CONTRATANTE

ACCIDENTADO

E-MAIL | TELEFONO

DIRECCIÓN | PROFESIÓN EXACTA | FECHA DE NACIMIENTO

OCUPACIÓN Y/O ACTIVIDAD ECONOMICA | NACIONALIDAD

FECHA DE ACCIDENTE | LUGAR EXACTO | HORA

TESTIGOS

DIRECCIÓN | ¿HAY CONSTANCIA POLICIAL? SI NO

MEDICO DE CONSULTA

DIRECCIÓN

MEDICO QUE PRESTÓ LA PRIMERA ATENCIÓN

DIRECCIÓN

DETALLE DEL ACCIDENTE

¿COMO Y PORQUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE?

DETALLE DE LAS LESIONES SUFRIDAS

¿GUARDA CAMA EL ACCIDENTADO? SI NO

¿TIENE OTROS SEGUROS DE ACCIDENTE? SI NO | COMPAÑIA

¿PUEDE RECIBIR OTRAS INDEMNIZACIONES POR EL MISMO ACCIDENTE? SI NO

¿GOZA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO? SI NO

OBSERVACIONES

AUTORIZO A LOS MEDICOS PARA DAR INFORMES.

/ /

FECHA

FIRMA DEL ACCIDENTADO

FIRMA DEL CONTRATANTE