

## AVISO DE SINIESTRO DE ACCIDENTES PERSONALES

Póliza No: \_\_\_\_\_

Siniestro No: \_\_\_\_\_

1.

- a. Nombre Asegurado \_\_\_\_\_
- b. Nombre Accidentado \_\_\_\_\_
- c. Dirección del accidentado \_\_\_\_\_
- d. Edad \_\_\_\_\_ Ocupación Actual \_\_\_\_\_

2.

- a. Lugar en que ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_
- b. Día y Hora \_\_\_\_\_
- c. Detalle cómo y por qué aconteció el accidente \_\_\_\_\_
- d. ¿Cuáles fueron las lesiones? \_\_\_\_\_

3.

- a. Personas que presenciaron el accidente:
  - Nombre: \_\_\_\_\_
  - Dirección: \_\_\_\_\_
  - Nombre: \_\_\_\_\_
  - Dirección: \_\_\_\_\_

b. ¿Hay constancia policial? \_\_\_\_\_

4.

- a. ¿Quién prestó los primeros auxilios? \_\_\_\_\_
- b. ¿Dónde está recibiendo atención médica? \_\_\_\_\_

5.

- a. ¿Tiene otros seguros de accidente personal? \_\_\_\_\_
- b. En caso afirmativo especifique aseguradores y montos: \_\_\_\_\_

6. Observaciones: Favor dar cualquier otro dato que pueda servir para la mejor apreciación del accidente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En (los) firmante (s) se responsabiliza (n) por la exactitud de la presente declaración.

### DOCUMENTOS NECESARIOS

- Aviso de accidente firmado por el Asegurado y por el médico tratante.
- Historia clínica del paciente
- Certificado médico
- Radiografías
- Facturas de los gastos médicos
- Cédula de identidad del Asegurado y de los beneficiarios o partidas de nacimiento.
- Protocolo de autopsia
- Partida de defunción

Dejo constancia que los datos aquí consignados son verídicos, no habiendo omitido información alguna que pueda servir para la mejor apreciación del accidente.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Asegurado o Beneficiario

\_\_\_\_\_  
Contratante

**El contratante y/o asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Bancos y Seguros la verificación de este texto.**

**NOTA:** El presente aviso fue aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, mediante resolución No. SBS-INS-2003-041 del 31 de septiembre del 2003.

## DECLARACION DEL MEDICO

1. Lugar y fecha en que se practicó el primer reconocimiento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Estado general del paciente \_\_\_\_\_  
¿Presentaba síntomas de embriaguez o ingestión alcohólica, intoxicación por drogas o agentes psicotrópicos? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué explicaciones se dieron sobre las circunstancias del accidente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Quién las dio? \_\_\_\_\_
3. ¿El Asegurado gozaba de perfecta salud antes del accidente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Padecía algún defecto físico o enfermedad que agrave o influya en la curación? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Existían incapacidad o lesiones anteriores que pueden agravar las consecuencias del accidente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Las lesiones comprobadas son consecuencia directa de causa traumática?  
\_\_\_\_\_  
En caso negativo ¿cuál es la causa? \_\_\_\_\_
5. Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Pronóstico: Incluya su opinión respecto a si podrá resultar Muerte o Invalidez Permanente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Qué tiempo requerirá el restablecimiento total del paciente? \_\_\_\_\_  
¿Hay amputaciones o lesiones de carácter permanente? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el porcentaje de reducción funcional de miembros u órganos lesionados permanentemente?  
\_\_\_\_\_
8. Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Lugar y fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
Dirección del Médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico