



## AVISO DE SINIESTRO DE ACCIDENTES PERSONALES

Póliza N°: \_\_\_\_\_

Siniestro N°: \_\_\_\_\_

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 que 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?: \_\_\_\_\_  
En caso de ser 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:** Este documento ha sido aprobado por la superintendencia de Bancos y Seguros, con resolución N°. SBS-INS-2003-041 de 31 de septiembre del 2003.

## DECLARACION DEL MEDICO

1. Lugar y fecha en que se practicó el primer reconocimiento: \_\_\_\_\_  
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?: \_\_\_\_\_  
¿Existía 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. Diagnostico: \_\_\_\_\_
  6. Pronóstico: \_\_\_\_\_
  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**