

CERTIFICADO DE ACCIDENTE INDIVIDUAL

(Remitir a la Compañía a la brevedad posible)

Pol. N° _____

Sin N° _____

- 1) a.- Contratante del seguro: _____
b.- Accidentado (nombre y apellido): _____

c.- Dirección del Accidentado: _____

d.- Fecha de nacimiento (día, mes, año): _____
e.- Profesión exacta: _____
f.- Número de la póliza: _____
- 2) a.- Fecha y hora del accidente: _____
b.- Lugar exacto: _____

c.- Testigos (Indicar nombres y dirección de cada uno): _____

d.- Hay constancia policía: _____ ¿En dónde? _____
- 3) a.- ¿Qué médico prestó la primera atención? _____
(Su dirección): _____
b.- ¿Qué otro médico se ha consultado? _____
(Su dirección) _____
- 4) a.- Detalle del accidente: ¿Cómo y por qué ocurrió? _____

b.- Detalle de las lesiones sufridas: _____

c.- ¿Debe guardar cama?: _____

5) a.- ¿Tiene Ud. Otros seguros de accidente?: _____ Compañía: _____

b.- ¿Puede recibir otras indemnizaciones por el mismo accidente? (Instituciones de seguro, clubes, etc):

6) a.- ¿Se opta por el Beneficio Opcional? (Ver condición Especial Póliza): _____

7) Observaciones: _____

Autorizo a los médicos para dar todos los informes que necesite la compañía.

Lugar y Fecha: _____

Firma del accidentado

Firma del Contratante