

**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.- País de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Pasaporte: \_\_\_\_\_  
e.- Fecha de nacimiento (día, mes, año): \_\_\_\_\_  
f.- Profesión exacta: \_\_\_\_\_  
g.- 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?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Continúa al dorso)

5) Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del accidentado

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante