



GENERALI

DENUNCIA DE ACCIDENTES

Póliza No.: _____

Nombre del Asegurado: _____

PREGUNTAS DE LA COMPAÑÍA	CONTESTACIÓN DEL ASEGURADO
1.- a) Nombres y Apellidos b) Edad c) Fecha de Nacimiento d) Residencia (Ciudad, Calle y número) e) Teléfono Domicilio f) Nombres y No. de Cédula de Identidad del beneficiario	1.- a)
	b)
	c)
	d)
	e)
	f)
2.- a) Naturaleza de la Lesión b) Donde ocurrió el accidente? c) Fecha del Accidente d) A qué hora ocurrió?	2.- a)
	b)
	c)
	d)
3.- a)Cuál fue la causa del accidente y en qué circunstancia ocurrió? (Por menores detallados)	3.- a)
4.- a) El accidentado está asegurado contra accidentes en otra Compañía de Seguros? b) En caso afirmativo en que Compañía? Y porque valor? c) Está cubriendo otra Compañía los gastos de curación? d)Cuál es el monto?	4.- a)
	b)
	c)
	d)
5.- Quién fue testigo del accidente?	5.-
6.- a) Dónde se encuentra el lesionado actualmente? b) Nombre y dirección del médico	6.- a)
	b)

DECLARACIONES COMPLEMENTARIAS

Nota: Es obligación del Asegurado comunicar a la Compañía cualquier otro dato que pueda influir en la apreciación del accidente

FIRMA DEL ASEGURADO

_____, ____ de _____ del 2_____
(Ciudad, día, mes, año)

CERTIFICADO MÉDICO

PREGUNTAS	RESPUESTAS DEL MÉDICO
1.- Nombres y Apellidos	1.-
2.- a) Cuando se hizo el 1er Examen Médico?	2.- a) Fecha: Hora: a.m. p.m.
b) Dónde (Consultorio, habitación del accidentado o lugar del accidente)?	b)
3.- Cuáles son las explicaciones que ha dado el accidentado respecto a las circunstancias del accidente?	3.-
4.- Cuáles son las heridas, dolores, etc. indicados por el accidentado?	4.-
5.- Constataciones objetivas del Médico:	5.-
a) Estado General durante el 1er examen médico	a)
Temperatura: _____	
Examen de Orina: _____	
Embriaguez: _____	
b) Cuáles son los daños corporales constatables y en qué forma son visibles?	b)
(Rasguños, contusiones, hemorragia, sitio exacto del cuerpo)	
c) Diagnóstico:	c)
6.- a) Se consideran las lesiones descritas como consecuencias exclusivas del accidente especificado bajo pregunta No. 3	6.- a)
b) Existe estado de enfermedad o invalidez causado por enfermedades o accidentes anteriores TB., obstrucciones circulatorias, diabetes, reumatismo en cualquier forma exceso de peso, venas, várices, pies planos, alcoholismo.	b)
c) Cuáles son?	c)
En caso afirmativo: se puede considerar que el accidente haya sido causado o provocado por uno de ellos, o en el proceso de curación ha sido influenciado desfavorablemente por uno de ellos?	
En caso afirmativo: hasta qué grado?	
d) Corresponde el tiempo de la herida a la fecha del accidente?	
7.- Según su criterio, ocasionará el accidente:	7.-
a) La muerte del accidentado, ó	a)
b) Una invalidez permanente.	b)
8.- a) Tiene que guardar cama el accidentado?	8.- a)
b) Podría ser sometido a tratamiento en su hogar?	b)
c) Es indispensable hospitalizarlo?	c)
9.- a) Cuál será la posible incapacidad temporal para el trabajo?	9.- a)
b) Puede la persona salir a la calle, viajar, efectuar trabajos manuales u otros, o dirigir trabajos, total o parcialmente?	b)
10.- Están interesadas otras Compañías de Seguros en el mismo accidente?:	10.-
11.- a) Cuáles han sido sus instrucciones para el tratamiento?	11.- a)
b) En qué consiste el tratamiento médico y cuánto tiempo podría durar? (Observaciones y propuestas para tratamiento futuro, hospitalización).	b)
12.- Consulta de Médicos especializados RX, Operaciones, etc.	12.-

_____, ____ de _____ del 2____
(Ciudad, día, mes, año)

FIRMA DEL MÉDICO

El Presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos con resolución No. 6002-S del 2 de Febrero de 1960