



Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Ramo de Accidentes Personales
DECLARACIÓN DE ACCIDENTES

Nombre del Contratante: _____ Póliza N°. _____

DATOS DEL AFECTADO:

Nombre del Lesionado: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar donde trabaja: _____
DD MM AAA

Profesión: _____ Lado dominante: Izquierdo Derecho

Este formulario debe ser llenado en letra imprenta.

1. Indique la fecha del accidente: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Lugar: _____
DD MM AAA

2. Explique con detalles, cómo ocurrió el accidente: _____

3. Cuáles son las lesiones que usted sufrió: _____

4. Nombre del centro de urgencia que le brindó los primeros auxilios: _____

5. Nombre de su médico tratante: _____

6. Indique el nombre de las autoridades que intervinieron con motivo del accidente: _____

7. Nombre y dirección de los testigos: _____

8. ¿Tiene usted algún otro seguro que le cubra también este accidente? En caso afirmativo, indicar el nombre de la compañía y el número de la Póliza: _____

Declaro que la información dada anteriormente está de acuerdo con la verdad y que no se ha omitido ni ocultado ningún dato de importancia. Por este medio autorizo a cualquier médico o practicante, hospital, clínica, centro sanitario a brindar toda información referente a tratamiento u hospitalización que haya recibido.

Firmado en _____ el _____ de _____

N° Seguro Social _____ Asegurado o Declarante _____ Cédula N°. _____



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
DECLARACIÓN MÉDICA N°1

1. Nombre Completo del accidentado:

_____ N°de Cédula: _____

2. Fecha y Hora de la primera atención al accidentado:

a. ¿Qué lesiones o síntomas encontró usted en el primer exámen?

b. Diagnósticos: _____	Código de Procedimiento	Código de Diagnóstico
------------------------	-------------------------	-----------------------

c. ¿Son las consecuencias directa y exclusiva del Accidente? _____

d. Tratamientos Brindados	Fecha	Lugar de Servicio	Código de Diagnóstico	Código de Procedimiento

3. a- ¿Existe al mismo tiempo enfermedades de carácter latente o evolucionario, deficiencias de nacimiento, defectos físicos, etc.? (En caso afirmativo, ¿cuáles son?).

b- ¿El accidente es consecuencia de la enfermedad arriba descrita y por eso se dificulta el proceso de curación?

4. Indique los exámenes y radiografías que fueron ordenados:

5. Observaciones: _____

Nombre del médico: _____

Especialidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Registro N°: _____

RUC N° _____ DV _____