

INFORME PRELIMINAR DE ACCIDENTE

1. Nombres y Apellidos Completos _____
Edad _____ C.I. _____ de _____

2. Fecha de nacimiento Día (____) Mes (____) Año (____) _____

3. Dirección Particular Completa _____ Tel _____

4. Dirección Comercial Completa _____ Tel _____

5. Lugar del Accidente: Calle / Intersección _____ Comuna _____ Ciudad _____

6. Fecha y hora del accidente objeto de esta reclamación: El _____ de _____ de 200 a las _____

7. Narre cómo ocurrió el accidente _____

- 1 -

8. Describa las lesiones sufridas bajo esta reclamación _____

9. ¿Cual es su profesión u oficio? _____

10. Nombre y dirección del primer médico que lo atendió _____

11. Fue Ud. hospitalizado? SI NO Nombre Hospital _____

Dirección Hospital _____ Comuna _____ Ciudad _____

Fecha Ingreso _____ Fecha de salida _____

Fue Ud. intervenido quirúrgicamente SI NO Indique tipo de intervención _____

12. ¿Diga cuando pudo volver a realizar parte de los deberes relativos a su ocupación? _____

13. ¿Que cantidad de seguro tiene Ud. en ésta u otras Compañías? _____

Nombre de las Compañías _____

Valor Asegurado _____

Indemnización Semanal _____

Reembolsos de gastos médicos _____

14. **Certifico que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verídicas a la realidad y autorizo a cualquier médico, clínica y hospital para suministrar las informaciones relacionadas con la enfermedad o accidente de que trata esta reclamación.**

Fecha en _____ a _____ de _____ 200 _____

CERTIFICACION DEL MEDICO QUE LO ATIENDE

1. Nombres y Apellidos del paciente _____
2. ¿En que fecha fue Ud. consultado por vez primera con relación a este accidente? _____
3. ¿Donde lo atendió por primera vez? En su casa, en el consultorio o qué otra parte? _____

4. ¿El paciente recibió atención médica anterior? SI NO _____

5. Describa la naturaleza exacta, localización y extensión de todas las lesiones encontradas por Ud. en su primer examen _____

6. ¿El paciente necesitó hospitalización? Desde _____ hasta _____ Nombre Hospital _____

7. ¿El paciente necesitó reclusión en su casa? Desde _____ Hasta _____

8. ¿Se practicó intervención quirúrgica? SI NO Fecha intervención _____

9. Nombre de la intervención _____

10. Quién la practicó _____

11. Exprese su opinión sobre la causa de las lesiones arriba descritas _____

12. En caso de incapacidad, indicar que clase de incapacidad sufre

Total permanente (Entiéndase que la persona accidentada no puede desempeñar ningún trabajo quedando to _____ total y
ermanentemente incapacitado)

Total y temporal (entiéndase que la persona accidentada quede como consecuencia de las lesiones sufridas
totalmente impedido de realizar todos y cada uno de los deberes y funciones de su ocupación mientras _____ dure tal incapacidad).
Cuantos días estuvo impedido de realizar sus funciones de trabajo, a causa de esa lesión?
Desde el ____ de ____ de 200__ hasta el ____ de ____ de 200__

Parcial (Entiéndase que la persona accidentada quede parcialmente impedida a realizar alguno o parte de
y funciones relacionadas con su ocupación).
¿Cuantos días estuvo impedido parcialmente de realizar sus funciones de trabajo a causa de esta lesión? (No incluya período alguno de
incapacidad total).
Desde el ____ de ____ de 200__ hasta el ____ de ____ de 200__

13. ¿Hasta que fecha el lesionado debe guardar reposo? _____

14. ¿En que fecha puede volver a trabajar nuevamente a trabajar nuevamente? _____

15. ¿Diga si al momento del accidente, en esta hospitalización o incapacidad estuvo afectado por alguna enfermedad o lesión anterior y que pueda
haber influido o influye en la presente incapacidad para producirla, complicarla o
prolongarla? _____

16. ¿Diga Ud. si ha rendido declaración de este accidente a otras Compañías en caso afirmativo a
cuales? _____

17. ¿Sabe Ud. que médico atendía anteriormente a este asegurado? _____

Firma del médico y Timbre

C.I.N° _____

Dirección del consultorio _____ Tel. _____

Fechado en _____ a _____ de _____ de 200 ____

firma reclamante _____