

**DECLARACIÓN DE ACCIDENTE**

ZONA	NÚM. DE CONTROL	NÚM. DE SINIESTRO

ASEGURADO	FRANQUICIA	

**GARANTIAS**

INFO	MUERTE	INVAL.PERMANENTE	INCAP. TEMPORAL	MEDICO-FARMACIA		

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora (0 a 24): \_\_\_\_\_  
Lugar: \_\_\_\_\_

<b>ASEGURADO</b>	Nombre y Apellidos Domicilio y Número Localidad y CP	<b>LESIONADO</b>
_____		_____
_____		_____
_____		_____

Fecha de nacimiento  PROFESIÓN

**CAUSAS Y CONSECUENCIAS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de accidente de circulación, indíquese:

MARCA	MATRICULA
NOMBRE DEL CONDUCTOR	
NÚMERO DE PERSONAS QUE OCUPAN EL VEHÍCULO, ADEMÁS DEL CONDUCTOR:	
COMPAÑÍA ASEGURADORA:	

TESTIGOS	Nombre y Apellidos		Domicilio	
	Nombre y Apellidos		Domicilio	

¿Intervino la Autoridad? Si  No  Juzgado Núm. \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

El que suscribe declara hacerse responsable de las indicaciones dadas.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma del Tomador del Seguro

## INFORME MÉDICO

**BAJA**

<b>EL FACULTATIVO QUE SUSCRIBE</b>		Colegiado Núm.
Nombre y Apellidos		
Domicilio y Número		
Localidad y CP		

**FORMULA EL SIGUIENTE INFORME**

**1. LA PRIMERA CURA AL LESIONADO SE PRACTICÓ**

DÍA	MES	AÑO	HORA

**2. DIAGNÓSTICO**

---

---

---

---

---

**3. PRONÓSTICO:**    LEVE        RESERVADO        MENOS GRAVE        GRAVE   

**INDICACIONES ACLARATORIAS QUE PUEDAN DETERMINAR O AGRAVAR EL ACCIDENTE**

---

---

---

**4. PROBABLES CONSECUENCIAS ULTERIORES DEL ACCIDENTE:**

1. ¿Puede determinar incapacidad permanente o muerte?	SI	NO	En caso afirmativo, indicar cuál:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
2. ¿Cuánto tiempo aproximado tardará el lesionado en reanudar sus ocupaciones normales?	<hr/> <hr/>		
3. ¿Puede dedicarse a otras ocupaciones?	SI	NO	En caso afirmativo, indicar cuáles:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
4. ¿Debe guardar cama el lesionado?	SI	NO	En caso afirmativo, indíquese domicilio, clínica:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

Otras declaraciones dignas de mención

---

---

---

Declaro haber cumplimentado el informe anterior.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

El Facultativo

**INDICACIONES RESERVADAS A MUNITEC**

Fecha de recibo de esta declaración:	DÍA	MES	AÑO	Fecha en que fue pagada la prima:	DÍA	MES	AÑO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Ha podido comprobar la realidad de lo declarado?	SI	NO					
¿Ha tomado alguna disposición especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____				
El Servicio Sanitario, ¿pertenece a nuestra Organización?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Caso Contrario, ¿ha sido escogida por el contratante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Otras observaciones: _____							

**ALTA**

SINIESTRO Nº		PÓLIZA Nº		SUBDIRECCIÓN O AGENCIA	_____
--------------	--	-----------	--	------------------------	-------

<b>EL FACULTATIVO QUE SUSCRIBE</b>		Colegiado Núm.	_____
Nombre y Apellidos	_____		
Domicilio y Número	_____		
Localidad y CP	_____		

**FORMULA EL PARTE DE ALTA DE**

Nombre y Apellidos	_____		
Domicilio y Número	_____		
Localidad y CP	_____		

**CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE**

CURADO TOTALMENTE EN FECHA ---	DIA	MES	AÑO	SIN <input type="checkbox"/>	CON <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD
	_____	_____	_____		
DE LAS LESIONES SUFRIDAS EL DIA---	DIA	MES	AÑO		
	_____	_____	_____		
POR BAJA TOTAL -----	DIAS	_____			
POR BAJA PARCIAL -----	DIAS	_____			

CAUSAS Y CONSECUENCIAS \_\_\_\_\_

_____
_____
_____

OTROS DATOS COMPLEMENTARIOS DIGNOS DE MENCIÓN \_\_\_\_\_

_____
_____
_____

Y para la debida constancia, ante la Compañía aseguradora, lo firma

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

CONFORME:

El Lesionado
El Facultativo