

## DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

Zona	Núm. de control	Núm. de siniestro

ASEGURADO

FRANQUICIA

\_\_\_\_\_

GARANTÍAS

INFO	Muerte	Invalidez permanente	Incapacidad temporal	Médico - Farmacia

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_

Asegurado	Lesionado
Nombre y apellidos _____	Nombre y apellidos _____
Domicilio y Número _____	Domicilio y Número _____
Localidad y CP _____	Localidad y CP _____
Fecha de nacimiento _____	Profesión _____
<b>Causas y consecuencias</b>	
<div style="border: 1px solid #ccc; height: 100px; width: 100%;"></div>	
<div style="border: 1px solid #008080; padding: 5px; width: fit-content;"> <p><b>En caso de accidente de circulación, indíquese:</b></p> </div>	Marca _____ Matrícula _____ Nombre del conductor _____ Número de personas que ocupan el vehículo, además del conductor _____ Compañía aseguradora _____
<b>Testigos:</b> Nombre y apellidos _____ Domicilio _____ Nombre y apellidos _____ Domicilio _____	

El que suscribe declara hacerse responsable de las indicaciones dadas.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del tomador del Seguro.

## INFORME MÉDICO

**BAJA**

Colegiado Núm.

### EL FACULTATIVO QUE SUSCRIBE

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. Pronostico

LEVE

RESERVADO

MENOS GRAVE

GRAVE

Indicaciones aclaratorias que puedan determinar o agravar el accidente

4. Probables consecuencias ulteriores del accidente

¿Puede determinar incapacidad permanente o muerte?  SI  NO En caso afirmativo indicar cual

¿Cuánto tiempo aproximado tardará el lesionado en reanudar sus ocupaciones normales?

¿Puede dedicarse a otras ocupaciones?  SI  NO En caso afirmativo indicar cuales

¿Debe guardar cama el lesionado?  SI  NO En caso afirmativo indique domicilio, clínica

Otras declaraciones dignas de mención

Declaro haber cumplimentado el informe anterior.

En de a de de

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

¿Ha podido comprobar la realidad de lo declarado?  SI  NO

¿Ha tomado alguna disposición especial?  SI  NO ¿Cuáles?

El Servicio Sanitario, ¿Pertenece a nuestra organización?  SI  NO

Caso contrario, ¿Ha sido escogida por el contratante?  SI  NO

Otras observaciones

**ALTA**

Núm. de siniestro	Núm. de PÓLIZA	Subdirección o agencia

**EL FACULTATIVO QUE SUSCRIBE**

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

DÍA	MES	AÑO

SIN  INCAPACIDAD  
 CON

De las lesiones sufridas el día

DÍA	MES	AÑO

Por baja TOTAL

Por baja PARCIAL

Causas y consecuencias

Otros datos complementarios dignos de mención

Y para la debida constancia ante Ila compañía aseguradora, lo firma

En  a  de  de

El lesionado

El facultativo

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos le informamos que el responsable de sus datos personales es MUTUA NACIONAL DE INGENIEROS TÉCNICOS DE PREVISIÓN SOCIAL, y los utilizará para evaluar la declaración del siniestro/accidente solicitada y efectuar el pago debido de la prestación económica correspondiente. Sus datos no serán cedidos a terceros, salvo por obligaciones legales. Puede ejercer sus derechos en la dirección [munitec@munitec.es](mailto:munitec@munitec.es) Puede consultar información adicional sobre Protección de Datos en [munitec@munitec.es](mailto:munitec@munitec.es)