

# AVISO DE ACCIDENTES

Seguro Accidentes individual- Colectivo  
y Ocupantes de Automóviles

asesores de seguros de Santander  
**maseguras**  
CLAVE D.G.S. J2886  
asociado **Espabrok**

Sucursal: Agente: N° Póliza: Ramo: N.º Stro.:

Fecha del Accidente:

## Contratante

Apellidos o Razón Social: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Población, Código Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

## Lesionado

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: Profesión: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Población, Código Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

## Otros datos

¿Intervino la Autoridad?: \_\_\_\_\_ Diga cuál y de qué localidad: \_\_\_\_\_

¿Tiene el contratante o el lesionado alguna otra Póliza de Seguro que garantice este accidente?: \_\_\_\_\_

Cite las señas de las personas que fueron testigos \_\_\_\_\_

SI HA OCURRIDO CUANDO EL LESIONADO CONDUCÍA O IBA COMO OCUPANTE EN UN VEHÍCULO, DIGA ADEMÁS,

Nombre y apellidos del conductor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Permiso de conducir n.º: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_ Expedido en: \_\_\_\_\_ Caduca el: \_\_\_\_\_

Matrícula del vehículo: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas personas iban en el vehículo además del lesionado?: \_\_\_\_\_

Cite nombres y apellidos así como la edad de ellos, si es posible: \_\_\_\_\_

## Datos del accidente

Explique con mayor claridad posible cómo ocurrió el accidente y qué actividad desarrollaba en ese momento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Firma,

## Parte del médico

Nombre del lesionado: \_\_\_\_\_

¿En qué consiste la lesión? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Su carácter: \_\_\_\_\_

¿Ha sido la lesión directa y exclusivamente producida por el accidente, o bien han contribuido otras circunstancias como por ejemplo, enfermedades o lesiones preexistentes \_\_\_\_\_

¿Era el herido antes del accidente, inválido, tenía defecto físico, psíquico o enfermedad? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las probables consecuencias del accidente? \_\_\_\_\_

¿Causará el accidente invalidez Temporal completa para sus ocupaciones habituales? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos días? \_\_\_\_\_

¿Qué día acudió por primera vez a la asistencia facultativa?: \_\_\_\_\_

Si la primera cura no la practicó el medico que extiende el presente informe, ¿Cuándo se encargó de la curación? . \_\_\_\_\_

¿Quién practicó la primera cura? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ EL MÉDICO,