



MUNITEC

DECLARACION DE ACCIDENTE

ZONA	NUM. DE CONTROL	NUMERO DE SINIESTRO

ASEGURADO	FRANQUICIA

GARANTIAS

IND.	MUERTE	INVAL. PERMANENTE	INCAP. TEMPORAL	MEDICO-FARMACIA	

Fecha: ..... Hora (0 a 24): .....

Lugar: .....

ASEGURADO	LESIONADO
Nombre y Apellidos Calle y Número Localidad	

Fecha de nacimiento  PROFESION:

CAUSAS Y CONSECUENCIAS

.....

.....

.....

En caso de accidente de circulación, indíquese:

MARCA	MATRICULA	HP
NOMBRE DEL CONDUCTOR		
NUMERO DE PERSONAS QUE OCUPAN EL VEHICULO, ADEMAS DEL CONDUCTOR: .....		
COMPAÑIA ASEGURADORA S. O. A.:		

TESTIGOS	DON		DOMICILIO	
	DON		DOMICILIO	

¿Intervino la Autoridad?  SI  NO JUZGADO Núm. ...., de .....

El que suscribe declara hacerse responsable de las indicaciones dadas.

En ..... a ..... de ..... de 19.....

Firma del Tomador del Seguro.



MUNITEC

# INFORME MEDICO

# BAJA

EL FACULTATIVO QUE SUSCRIBE

Colegiado Núm. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DOCTOR											
DOMICILIO:						CALLE					

FORMULA EL SIGUIENTE INFORME:

1. LA PRIMERA CURA AL LESIONADO SE PRACTICO

DIA	MES	AÑO	HORA

2. DIAGNOSTICO:


3. PRONOSTICO: LEVE  RESERVADO  MENOS GRAVE  GRAVE

INDICACIONES ACLARATORIAS QUE PUEDAN DETERMINAR O AGRAVAR EL ACCIDENTE

4. PROBABLES CONSECUENCIAS ULTERIORES DEL ACCIDENTE: (En las contestaciones, indicar con un (X) lo que proceda)

1. ¿Puede determinar incapacidad permanente o muerte?

SI	NO

En caso afirmativo, indicar cuál:

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

3. ¿Puede dedicarse a otras ocupaciones? .....

SI	NO

En caso afirmativo, indicar cuáles:

4. ¿Debe guardar cama el lesionado?.....

SI	NO

En caso afirmativo, indíquese domicilio, clínica:

Otras declaraciones dignas de mención

--

Declaro haber cumplimentado el informe anterior.

En ..... a ..... de ..... de .....  
El Médico,

### INDICACIONES RESERVADAS A MUNITEC

Fecha de recibo de esta declaración...

DIA	MES	AÑO

Fecha en que fue pagada la prima .....

DIA	MES	AÑO

¿Ha podido comprobar la realidad de lo declarado? ... ..

SI	NO

¿Ha tomado alguna disposición especial? ... ..

¿Cuáles? .....

El Servicio Sanitario, ¿pertenece a nuestra Organización?

Caso contrario, ¿ha sido escogida por el contratante? ... ..

Otras observaciones:.....

