

## Accidentes Individuales / Declaración de Accidentes

### DATOS GENERALES

POLIZA N° 1012030000130 | SINIESTRO N° | CONTRATANTE **STEX S.R.L.**

ACCIDENTADO

E-MAIL | TELEFONO

DIRECCIÓN | PROFESIÓN EXACTA | FECHA DE NACIMIENTO

OCUPACIÓN Y/O ACTIVIDAD ECONOMICA | NACIONALIDAD

FECHA DE ACCIDENTE | LUGAR EXACTO | HORA

TESTIGOS

DIRECCIÓN | ¿HAY CONSTANCIA POLICIAL? SI  NO

MEDICO DE CONSULTA

DIRECCIÓN

MEDICO QUE PRESTÓ LA PRIMERA ATENCIÓN

DIRECCIÓN

DETALLE DEL ACCIDENTE

¿COMO Y PORQUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE?

DETALLE DE LAS LESIONES SUFRIDAS

¿GUARDA CAMA EL ACCIDENTADO? SI  NO


¿TIENE OTROS SEGUROS DE ACCIDENTE? SI  NO  | COMPAÑIA

¿PUEDE RECIBIR OTRAS INDEMNIZACIONES POR EL MISMO ACCIDENTE? SI  NO

¿GOZA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO? SI  NO

OBSERVACIONES

AUTORIZO A LOS MEDICOS PARA DAR INFORMES.



Yves Robert Adrien Martinon  
GERENTE ADMINISTRATIVO  
**STEX S.R.L.**

/ /

FECHA

FIRMA DEL ACCIDENTADO

FIRMA DEL CONTRATANTE

**Accidentes Individuales  
(PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE)**



Señalar claramente fechas de diagnóstico o de inicio de sistemas, lugares de atención y nombre de médico tratante

**Antecedentes patológicos:**

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

**Enfermedad Actual (si es accidente señalar fecha y circunstancias del mismo):**

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

**Exámenes Auxiliares:**

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

**Diagnósticos:**

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

**Tratamiento médico quirúrgico:**

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

**Pronóstico:**

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

**De la Hospitalización:**

**Clínica:**

\_\_\_\_\_

**Fecha de ingreso:**

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**Cuarto:**

\_\_\_\_\_

**Fecha de Alta:**

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**Historia Clínica:**

\_\_\_\_\_

**Datos del Médico Tratante:**

**Nombre:**

\_\_\_\_\_

**Especialidad:**

\_\_\_\_\_

**Teléfono:**

\_\_\_\_\_

**CMP:**

\_\_\_\_\_

**R.E.**

\_\_\_\_\_

**R.U.C.:**

\_\_\_\_\_

**R.I.P.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de médico tratante

