



Cochabamba: Av. Pando Nº 1107 • Recoleta • Teléfono: (04) 448 8800 • Fax: (04) 411 5108 - 4489737

La Paz: Centro de Asistencia al Cliente (CAC LPZ) • Calle Roberto Prudencio Nº 853 • Entre calle 14 y 15 de Calacoto
• Central Piloto (591-2) 2180505 fax: (591-2) 2111472 1472

Santa Cruz: Av. Trompillo 2do: anillo – sur Nº 632 • Edificio BISA Seguros • Teléfono: (03) 371 0707 – 315 1313 • Fax: (03) 353 9549
• Sucre: Plaza 25 de Mayo Nº 41 • Teléfono: (04) 644 5559 – 646 1299 • Fax (04) 691 2113

Oruro: Calle la Plata Nº 1545 • Edificio Gonzales Planta Baja • Teléfono (02) 525 2793 – 511 3501 • Fax (02) 525 0390

Tarija: Calle General Trigo Nº 365 Casi Esquina Virginio Lema • Teléfono (04) 663 8505 – 663 8521 • Fax (04) 611 3641
Potosí: Calle Tarija Nº12 entre Chuquisaca y Nogales • Teléfono: (02) 623 0960 – 623 0961 • Fax (02) 612 3047
Puerto Suarez: Av. Bolívar Nº 62 • Edificio BISA • Teléfono (03) 976 3590 Fax: (03) 976 3253

DENUNCIA DE ACCIDENTE - SEGUROS HUMANOS

Póliza Nº

Siniestro Nº

ESTE FORMULARIO DEBE ENVIARSE A BISA SEGUROS Y REASEGUROS S.A. DENTRO DE LOS CINCO DIAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE DEBIDAMENTE LLENADO.

1. DEL CONTRATANTE

a) NOMBRE O RAZON SOCIAL

b) DOMICILIO..... TELEFONO.....

2. DEL ACCIDENTADO

a) NOMBRE Y APELLIDOS.....

b) SEXO..... EDAD..... Años..... ESTADO CIVIL..... NACIONALIDAD.....

c) DOMICILIO..... TELEFONO.....

d) PROFESION..... OCUPACION HABITUAL.....

3. DATOS DEL ACCIDENTE

a) FECHA..... HORA..... LUGAR.....

b) CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJO.....

c) LESIONES OCURRIDAS (heridas, fracturas, etc.).....

d) CAUSA PRECISA DEL ACCIDENTE.....

4. DE LA ASISTENCIA MEDICA

a) NOMBRE Y DOMICILIO DEL MEDICO QUE LE PRESTO LOS PRIMEROS AUXILIOS.....

b) EN QUE CENTRO MEDICO FUE ATENDIDO?.....

5. INDIQUE NOMBRES Y DIRECCIONES DE LOS TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE.....

a) ¿ESTA ASEGURADO CONTRA ACCIDENTES EN OTRA COMPAÑIA) SI NO

b) ¿EN CUAL?..... MONTO ASEGURADO

COCHABAMBA,..... DE DE 201.....

FIRMA DEL CONTRATANTE Y/O DE LAPERSONA QUE FORMULA LA DENUNCIA

CERTIFICADO MEDICO

Marque con una X la casilla que corresponde

NOMBRE Y APELLIDO DEL ACCIDENTADO.....

EDAD..... ESTADO CIVIL.....

1. ¿DE LAS LESIONES QUE SE PRESENTA EN EL ACCIDENTADO, SON CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DEL ACCIDENTE QUE SE DETALLA? SI NO

2. DIAGNOSTICO (S).....

3. EL ACCIDENTE PUDO HABER OCURRIDO POR LA INFLUENCIA DE OTRAS CAUSAS TALES COMO ALTERNACIONES MENTALES O PSIQUICAS, ESTADOS MORBOSOS, ATAQUES CARDIACOS, EPILEPTICOS, SINCOPEs, EMBRIAGUEZ, DEFECTOS FISICOS U OTROS
SI NO

CUALES?.....

4. ¿ERA EL ASEGURADO PERFECTAMENTE SANO Y TRABAJABA NORMALMENTE ANTES DEL ACCIDENTE? SI NO

5. ¿LAS LESIONES HAN CURADO NORMALMENTE CON EL TRATAMIENTO QUE USTED HA REALIZADO? SI NO

6. ¿CUAL CONSIDERA USTED QUE ES EL TIEMPO EN QUE NORMALMENTE SE CURA ESTE TIPO DE LESION?.....

7. ¿HAN EXISTIDO COMPLICACIONES EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO, CUALES?.....

8. ¿QUE EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO HA SOLICITADO UD.? (RADIOGRAFIAS, ANALISIS DE SANGRE, ORINA, LCR. EXAMENES DE OTROS ESPECIALISTAS, ETC.) INDIQUE
.....

9. LAS LESIONES DETERMINADAS POR EL ACTUAL ACCIDENTE PUEDEN PRODUCIR:

a) MUERTE SI NO

b) INVALIDEZ PERMANENTE SI NO

c) INCAPACIDAD TEMPORAL SI NO POR CUANTO TIEMPO?.....

10. ¿EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE, EN QUE GRADO SE HA REDUCIDO LA FUNCIONALIDAD DEL ORGANOS?.....%
¿CUAL ES EL PORCENTAJE DEFINITIVO DE LA INHABILITACION CON LA QUE QUEDARA?.....%

11. A) ¿CONSIDERA UD. QUE EL REPOSO TOTAL DOMICILIARIO ES OBLIGATORIO? SI NO ¿POR QUE?.....

B) ¿INCAPACIDAD TEMPORAL CON PACIENTE HOSPITALIZADO? SI NO ¿CUANTOS DIAS?.....

12. ¿FUE O ES NECESARIO ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA? SI NO ¿EN QUE FECHAS?.....
¿POR QUE?.....

NOMBRE DE LA CIRUGIA

.....

13. ¿EN CASO DE MUERTE, ESTA SE HA DEBIDO SOLAMENTE AL ACCIDENTE? SI NO

A CAUSAS PRE - EXISTENTES? SI NO CUALES?.....

A OTRAS CAUSAS SI NO CUALES?.....

COCHABAMBA,..... DE..... DE 201.....

.....
FIRMA MEDICO

NOTA: USE SI ES NECESARIO, HOJA APARTE PARA ACLARAR CONCEPTOS O INFORMES MAS DETALLADOS