

AVISO DE ACCIDENTE

SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO

(CONOCIDO EL ACCIDENTE DE TRABAJO EL EMPLEADOR CURSARÁ AVISO INMEDIATO A LA COMPAÑIA DE SEGUROS SEGÚN LEY)

1. DATOS DE LA EMPRESA ASEGURADA:

Número de Póliza:	Nombre o razón social:	Dirección:		
Distrito:	Provincia:	Departamento:	Teléfono:	Fax:
Actividad económica de riesgo:				

2. LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:

Nombre o razón social:				
Centro de trabajo (sede):			Dirección:	
Distrito:	Provincia:	Departamento:	Teléfono:	Fax:
Actividad Económica:				
Indicar el lugar del accidente en caso ocurra fuera de una empresa:				

3. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Doc. de identidad:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil:	Teléfono:	
Dirección:		Distrito:	Provincia:	Departamento:
Cargo (labor habitual):	Turno habitual:	Jornal (obrero) o rem. mensual (empleado):		

4. DETALLES DEL ACCIDENTE:

Fecha del accidente:	Hora:	En labor habitual? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Estuvo ebrio?	Hubo riña?	Tentativa de suicidio?
Especifique el lugar exacto donde ocurrió el accidente (socavón/planta/sub-estación/almacén/etc.)					
Describa las causas y cómo ocurrió:					
Tipo de Accidente:		Fuente de Lesión:	Lesión o daño sufrido:	Parte afectada del cuerpo:	
Autoridad que tomó conocimiento:			Testigo del accidente:		

5. CERTIFICACIÓN MÉDICA:

Fecha de atención:	Hora:	Lugar de atención:
Describa las lesiones:		
Diagnóstico:		
Tratamiento otorgado:		
Tiempo probable de incapacidad:		

Por la empresa:

Sello y firma

Fecha: / /

Nombre completo: _____