Chubb Seguros Perú S.A.
(una compañía de Chubb Group)
Calle Amador Merino Reyna 267, Of. 402
San Isidro - Lima 27
Perú

DECLARACION DE ACCIDENTES PERSONALES

Este formulario debe ser contestado y devuelto por el asegurado(a).

DATOS DEL CONTRATANTE						
Contratante						
Póliza N°		**Sede**				
DATOS DEL ASEGURADO(A)/AFECTADO(A)						
Nombre completo						
Dirección						
N° de DNI						
Profesión/Ocupación		**Edad**				
Teléfono(s)		**Talla**	cm.	**Peso**	kg.	
1	**¿Cuándo y dónde tuvo lugar el accidente?**					
	Fecha		**Hora**		**Lugar**	
2	**¿Cómo sucedió y/o qué estabas haciendo al momento del accidente?** *(Descripción detallada de los hechos)*					
3	**a.- ¿Qué lesiones ha sufrido?**					
	b.- ¿Ha sufrido alguna vez una lesión en la misma región?		SI ☐	NO ☐		
4	**a.- Nombre de la clínica en que fuiste atendido cuando sufriste el accidente**					
	b.- ¿Es tu médico de siempre?					
5	**¿Estás como consecuencia directa del accidente, incapacitado para atender totalmente tus ocupaciones habituales?**		SI ☐	NO ☐		
6	**Sí ahora estas en condiciones de atender tus ocupaciones habituales, indicar desde que fecha:**					
	a.- Parcialmente desde:		**b.- Totalmente desde:**			
7	**a.- ¿Cuándo y dónde puedes ser visitado por nuestro médico y/o empleado?**					
	¿Cuándo?		**¿Dónde?**			
	Referencias para llegar:					

Yo, el abajo firmante, declaro que las manifestaciones y detalles consignados son verídicos.

Fecha:		**Firma:**	

El presente Formato de Declaración de Accidentes (FDA) es para uso exclusivo de una póliza de seguros de Accidentes Personales emitida por la Compañía de Seguros CHUBB SEGUROS, cuya atención es gestionada por MEDI-K. **Luego de la atención del paciente**, y la emisión de la Carta de Garantía, agradeceremos **completar la información requerida en el FDA** y comunicarse con nuestra Central de Emergencia 24 horas: **(01) 615-9817.**

Chubb Seguros Perú S.A.
(una compañía de Chubb Group)
Calle Amador Merino Reyna 267, Of. 402
San Isidro - Lima 27
Perú

CERTIFICADO MEDICO

Se ruega al señor médico contestar en manuscrito a cada pregunta con letra legible.

1	**Nombre del Asegurado(a)**				
2	**A tú conocimiento, ¿cómo se produjo la lesión?**				
3	**¿Cuándo fuiste consultado por primera vez por este accidente?**				
4	**¿Lo atiendes todavía?**				
5	**a.- ¿Eres su médico de siempre?**	SI ☐	NO ☐		
	b.- Sí es así, ¿Cuánto tiempo hace que lo conoces?				
6	**Sírvase informar detalladamente la naturaleza de las lesiones.** *Sí se trata de un miembro o de un ojo lesionado, indicar sí es derecho o izquierdo.*				
7	**¿Los síntomas que el sufre provienen solamente del accidente?**	SI ☐	NO ☐		
8	**¿El asegurado sufre de alguna enfermedad, además de las lesiones presentes, o tiene algún defecto físico?** *Sí es así, informar la naturaleza de la misma y hasta donde es afectada la duración normal de ella.*				
9	**Cómo consecuencia directa del accidente, ¿El asegurado tiene una inhabilitación temporal que le impide atender totalmente sus ocupaciones habituales?**	SI ☐	NO ☐		
	De presentar una inhabilitación, cuál sería la fecha de inicio:				
10	**En tu opinión, ¿En qué fecha puede atender el asegurado sus ocupaciones habituales?**				
	Parcialmente desde:		**Totalmente desde:**		
11	**a.- Informa sí existe posibilidad de que se declare una inhabilitación permanente, en cuyo caso dar detalles.**				
	b.- Indica aproximadamente la duración del tratamiento necesario:				
	c.- ¿Es necesaria la hospitalización?				
12	**Sí está curado, sírvase informar fecha de alta:**				
13	**Observaciones Generales**				

Certifica que a mi mejor conocimiento las manifestaciones consignadas son verídicas.

Fecha:		**Firma:**	
Dirección:			