

Siniestros Automóviles

						Número
Reporte Médico						Ajustador
Ofna.	Póliza	Inc.	Fecha de Acc.		No. Siniestro	
			día mes año			
Riesgo		Nombre del Asegurado				Fecha de Expedición
R. C. Catastrófica <input type="checkbox"/>						
Gastos Med. Ocup. <input type="checkbox"/>						
Datos del accidentado						
Nombre			Dirección			
Teléfono	Sexo	Ocupación		Nacimiento		Lugar de nacimiento
			día mes año			
Diagnóstico y descripción de lesiones						
Tratamiento propuesto o efectuado						
Pronóstico						
Responsiva	Hospitalización	Días probables Hospitalización	Estimación de Gastos Médicos	Incapacidad Temporal en días	Incapacidad Permanente	Hospital Ingreso
						Alta
Sanatorio u Hospital			Dirección			Fecha de Alta por curación
Condición del accidentado al darlo de Alta						
Honorarios Médicos			Otros Gastos Médicos		Total	
Lugar y Fecha			Firma del Médico		Firma del Médico	