FORMULARIO DE RECLAMACION DE RIESGOS PROFESIONALES

Seguros Atlántida

SOLICITUD N° _____

PATRONO

Nombre del Patrono: _____
Naturaleza del Negocio: _____
Dirección: _____
Identidad: _____ R.T.N. _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

TRABAJADOR

Nombre: _____
Dirección: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Ocupación (cuando sufrió el accidente): _____
Cargo para el cual se encuentra empleado: _____
Sueldo: _____ Mensual: _____ Por Día: _____ Por Hora: _____
¿Cuántas horas trabaja a diario? _____ Promedio diario en caso de que trabaje a destajo o por tarea: _____
_____

ACCIDENTE

Fecha del accidente: _____
Lugar del accidente: _____
Estaba el accidentado bajo efectos de licor o drogas: _____
El accidentado fue voluntariamente culpable: _____
El accidente se debió a fuerza mayor o caso fortuito extraño al trabajo: _____
_____
Se puede considerar autolesión o simulación: _____
Porqué: _____
Se desempeñaba en funciones propias a su cargo: _____
Maquinaria, herramientas o cosa que causó la lesión: _____
Parte de la maquinaria con que ocurrió el accidente: _____
Existen dispositivos de seguridad: _____
Estaban puestos: _____
Fue el accidente causado por la falta de dichos dispositivos o a la no observancia de los mismos: _____
_____ ¿Por culpa de quién? _____
Fue el accidente por fallas mecánicas: _____
Como ocurrió el accidente: _____
_____
_____
_____

LESION

Parte lesionada: _____
Probable incapacidad: _____
Nombre y dirección del Médico que prestó la asistencia inicial: _____
_____
Lugar donde se trasladó el accidentado: _____
Ha muerto el accidentado: _____ Fecha: _____
Tegucigalpa, M.D.C. _____ de _____ del 20 _____

CARGO	NOMBRE	FIRMA