

AVISO DE SINIESTRO

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Reclamo _____ Póliza No. _____ Vigencia _____

Certificado No. _____ Suma Asegurada _____

Nombre del Asegurado _____

Dirección _____

Teléfonos: Residencia _____ Oficina _____ Celular _____

DECLARACIONES SOBRE EL SINIESTRO OCURRIDO POR LA POLIZA QUE SE HA MENCIONADO ANTERIORMENTE

Fecha en que ocurrió el Accidente? _____ Hora _____

Dónde ocurrió el Accidente? _____

En qué ocupación o Actividad ocurrió el Accidente? _____

Cómo ocurrió el Accidente? _____

Lesiones (Heridas, fracturas, etc.) a consecuencia del Accidente? _____

Nombre y dirección del médico que presto los primero auxilios? _____

En qué Hospital o clínica fue atendido el Asegurado? _____

Intervinieron representantes de la Autoridad, cuales y que intervención tuvieron? _____

Ocurrió el Accidente a causa de un error o de una negligencia de terceras personas? _____

Que error o negligencia cometieron? _____

Nombres y Direcciones de los testigos que presenciaron el Accidente? _____

Tiene el accidentado algún seguro con otra Compañía? _____

Declaro que la información dada anteriormente esta de acuerdo con la verdad y que no se ha omitido ni ocultado ningún dato de importancia.

Lugar y Fecha

Firma de Asegurado ó Representante Legal

Sello

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE

Confirmando, en mi condición de medico haber asistido al paciente _____

Edad _____

Fecha de la Primera consulta del Paciente? _____

Descripción completa del padecimiento o lesiones del Paciente? _____

A su criterio el padecimiento o lesiones son a consecuencia directa y exclusiva del accidente? _____

Se encontraba en buen estado de salud el Paciente antes del Accidente? _____

Tenía o tiene síntomas de otras enfermedades? _____

Se encontraba en buen estado de salud el Paciente antes del Accidente? _____

Ha procedido Ud. a un examen general del Paciente y cual fue el resultado? _____

Estuvo hospitalizado el Paciente por causa del Accidente? Sí () No ()

Hospitalizado en? _____

Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Salida: _____

El tratamiento consistió en (detalle de los medicamentos, análisis, Rx)? _____

Si se practicó intervención Quirúrgica, indique en qué consistió? _____

Quedará el Paciente con algún impedimento o secuela a causa del Accidente? _____

a) La muerte _____

b) Inhabilitación temporal, total o parcial _____

c) Si es una Inhabilitación temporal indicar la duración _____

Observaciones o sugerencias para mejorar el tratamiento médico del lesionado (rayos x, medidas terapéuticas, consulta con un especialista?) _____

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Medico Tratante