



SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

DENUNCIA DE ACCIDENTES

Sección I Datos de la persona asegurada.

(Favor llenar con letra de imprenta)

Nombre del Asegurado: _____	C.I. No: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa)	Altura ____ cm Peso ____ lbs
Dirección del domicilio: _____	
Dirección del trabajo: _____	
Ocupación actual: _____	
(Si es más de una, mencione todas) _____	

Sección II Datos del accidente.

1. Indicar la forma en que se produjeron las lesiones contraídas.	
2. Indicar la fecha (día y hora) y lugar en que se produjo el accidente.	Fecha: _____ Lugar: _____
3. Nombres y direcciones de los testigos	(a) _____ (b) _____ (c) _____
4. Dar nombre y dirección del médico que primeramente lo atendió.	
5. Indique lugar y fecha que nuestro médico o representante lo puede visitar.	
6. Ha quedado usted internado en su casa por causa del accidente? Por cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tiempo: _____
7. (a) Después del accidente ha podido usted atender en parte su negocio y/o trabajo?	(a) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
(b) En tal caso, desde que fecha?	(b) _____
(c) De lo contrario, dé la fecha	(c) _____
(i) de su probable retorno	(i) _____
(ii) de su completa curación	(ii) _____
8. Ha reclamado o recibido indemnización de otra póliza o contrato de medicina prepaga por el accidente aquí denunciado.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detalle: _____ _____
9. Está usted asegurado en otra Compañía?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre de la compañía: _____

Por la presente declaro haber contraído las lesiones arriba mencionadas y aseguro que los detalles precedentes son verídicos y convengo en renunciar a los derechos de la indemnización por declaraciones falsas, inexactas, o por cualquier supresión u ocultación de las mismas.

Fecha: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa) Firma del Asegurado _____

SECCIÓN III: A ser llenada por el médico tratante, el mismo que deberá contestar las preguntas hechas con la amplitud debida.

INFORME MEDICO CONFIDENCIAL

1. Reclamante – Nombre y apellido completo:	
2. Lesiones que ha sufrido (mencionando si es un miembro, indique si es el derecho o el izquierdo):	
3. Forma en que se produjo, y causa del accidente, según su criterio.	
4. (a) Fecha de su primera asistencia a consecuencia del accidente: (b) ¿Sigue Ud. asistiendo al accidentado?	a) b)
5. ¿Es Ud. su Médico particular? En tal caso, ¿cuánto tiempo hace que lo conoce, y por qué enfermedad lo ha atendido?	
6. (a) ¿Los síntomas (i) se deben exclusivamente al accidente (i) o debido a enfermedad o cualquier otra causa? (b) ¿Ha sufrido alguna vez de gota, reumatismo, o diabetes? (c) En su historia médica: ¿puede haber algo que haya contribuido directa o indirectamente al accidente o que pueda retardar su curación? (d) ¿Tiene alguna razón en pensar que estaba intoxicado al sufrir el accidente?	a) (i) (ii) b) c) d)
7. (a) Por indicación suya ha quedado internado? (b) En tal caso, ¿desde qué fecha y hasta qué fecha? (c) Si aún se encuentra internado, diga probable duración a contar desde esta fecha.	(a) _____ (b) _____ (c) _____
8. (a) ¿Ha podido atender en parte su negocio u ocupación? (b) En tal caso, ¿desde qué fecha? (c) De lo contrario, indique probable fecha (i) de su probable retorno (ii) o de su completa curación.	(a) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (b) _____ (c) i) ii)
9. ¿Hay actualmente incapacidad? De lo contrario diga ¿cuántos días durará la inhabilitación? (*)	
10. Observaciones	

Certifico por la presente que el arriba mencionado sufrió este accidente y que las informaciones insertadas son verídicas.

Firma del Médico _____ Dirección _____

Fecha: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa)

Para ser llenado por la Compañía:	
Contratante:	
Póliza No.:	Reclamo No.:

(*) La incapacidad total ocurre cuando el Asegurado está completamente incapacitado de atender sus negocios u ocupación. Incapacidad parcial cuando está incapacitado de atender a una parte substancial de los mismos.

Importante: Debe adjuntar con el reclamo el ORIGINAL de las facturas y recibos médicos de clínicas, laboratorios, imágenes, medicinas (junto con su receta) que correspondan al caso.