

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
PARA SER LLENADO POR EL RECLAMANTE

Póliza No:

Reclamo No:

Este formulario de reclamación se suministra sin admisión de responsabilidad. Ello y el certificado médico al dorso deben ser llenados a expensas del reclamante y devueltos a la Compañía a la mayor brevedad posible.

1. Nombre del asegurado: Cédula de Identidad:
Dirección particular:
Telf: Fecha de Nacimiento: Peso: Estatura:
2. Si es Póliza colectiva, dar nombre del grupo.
3. a) ¿Cuándo ocurrió el accidente? c) Dar detalles de la causa y de las lesiones sufridas
Fecha: Hora:
b) ¿Dónde ocurrió? (Si es necesario, ocupe otra hoja para ampliar la información)
4. Dar nombre y dirección de testigos, si hubieron
5. a) Dar nombre y dirección del médico que los atendió
b) Dar nombre y dirección de su médico habitual
c) Diga dónde y cuándo pudiera visitarlo, si fuere necesario, un médico u otro funcionario de la Compañía
6. a) Manifieste el número de días en que se ha visto reducido necesaria y enteramente a la cama, al cuarto o a la casa, como resultado, único y directo del accidente. Cama días:
Desde:
Hasta:
b) Si está reducido todavía a alguna de ellas, diga cuál. Cuarto días:
Desde:
Hasta:
c) ¿Ha podido atender en alguna forma a trabajos o negocios durante este tiempo? Casa días:
Desde:
Hasta:
7. ¿ Ha reclamado o recibido alguna compensación bajo una Póliza de Accidente y/o enfermedad?.....
En caso afirmativo, dar detalles.
8. En caso de muerte, invalidez o desmembramiento:
a) Adjúntese certificado médico de defunción, invalidez o desmembramiento.
b) Adjúntese certificado de autopsia (de haber).
c) Adjúntese certificado de Registro Civil.
d) Nómbrase el beneficiario y/o heredero (s).

Declaro por la presente que he sufrido las lesiones arriba descritas y garantizado la veracidad de las afirmaciones precedentes en todo respeto, y me someto a que, si ya hubiera hecho o llegare a hacer alguna afirmación falsa o fraudulenta, o hiciera alguna omisión maliciosa, mi derecho a compensación será nulo.

FIRMA

Nota: Este formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros con Resolución No. SBS-INSP-2009-193