

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

Poliza 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 ..... Ced. Ident. ....

Dirección particular .....

Telf.: ..... Fecha de nacimiento ..... Peso ..... Estatura .....

2 . Si es Póliza colectiva, dar nombre del grupo.

.....

3 a) ¿Cuándo ocurrió el accidente?

Fecha ..... Hora .....

b) ¿Dónde ocurrió?.....

.....(Si es necesario, ocupe otra hoja para ampliar la información)

c) Dar detalles de la causa y de las lesiones sufridas.....

.....

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 donde y cuando 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: .....

Cuarto días: .....

b) Si está reducido todavía a alguna de ellas, diga cual

Desde: .....

Hasta: .....

c) Ha podido atender en alguna forma a trabajos o negocios durante ese tiempo?

Casa Días: .....

Desde: .....

Hasta: .....

7 ¿Ha reclamado o recibido alguna compensación bajo la Póliza de Accidentes y/o enfermedad? .....

En caso de 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 garantizo la veracidad de las afirmaciones precedentes en todo respeto, y me someto a que, si ya hubiera hecho o llrgare a hacer alguna afirmación falsa o fraudulenta o hiciere alguna omisión u ocultación maliciosa, mi dercho a compensación será nulo.

.....

FIRMA