



AVISO DE SINIESTROS PARA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

SECCIÓN A: EL ASEGURADO

Póliza # :

1. Apellidos y nombres del asegurado

2. Fecha de nacimiento

Sexo

Cédula

3. Dirección particular

1. Masculino 2. Femenino

Calle

No.

Ciudad

Teléfono

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL DECLARANTE

1. Apellidos y nombres

2. Relación con el titular

Cónyuge

Hijo/a

Padre/Madre

Otro (especifique)

3. Describa la lesión física:

4. El accidente

¿Cuándo ocurrió ?

Fecha

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hora

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

AM

PM

¿Dónde ocurrió ?

¿Como ocurrió ?

5. La enfermedad

¿Cuándo tuvo conocimiento por primera vez?

¿Cuándo se presentaron por primera vez los síntomas?

6. Nombre y dirección del último médico consultado:

Dirección:

Teléfono:

Fecha de la primera visita

7. Nombre y dirección de su médico y de todos los otros médicos que le asistieron por esta lesión o enfermedad

8. ¿ Estuvo hospitalizado por esta lesión o enfermedad ?

Si

No

En caso afirmativo indique:

Nombre del hospital o clínica:

Fecha de ingreso:

9. Totalmente incapacitado desde:

Hasta:

Parcialmente incapacitado desde:

Hasta:

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y la documentación adjuntas son verídicas y cabales según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y personas que atendieron y a todas las clínicas y otras instituciones para que suministren a la COMPAÑIA HISPANA DE SEGUROS S. A., cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorios y Rayos X relacionados con este reclamo y a la Historia Medica de los afectados. Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todos los documentos e informes necesarios para la misma.

Fecha, _____ de 20 _____ Firma del Declarante _____

Adjunte por separado las facturas detalladas de los gastos de clínica de todos y de cada uno de los Profesionales que intervienen en el caso.
(Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante, Radiólogo, Laboratorio, etc.)

SECCIÓN C: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE.

Nombre del paciente _____ Edad: _____ Sexo: _____

De su diagnóstico completo _____

Si falleció por cirugía, describa la operación _____

Dónde se efectuó la operación? _____ Fecha : _____

Mencione todas las fechas en que atendió al paciente en el hospital

_____ Total : _____ Visitas _____

¿ Ordenó usted la hospitalización? Sí No En caso de afirmativo dé el nombre del Hospital _____

Admitido el _____ a las: A.M. P.M.

Salida el _____ a las: A.M. P.M.

Según su opinión, cuando se originó la causa básica del fallecimiento _____

¿Se encontraba el paciente todavía bajo su cuidado antes de fallecer? Sí No

¿Cuánto tiempo estuvo o está el paciente parcialmente incapacitado?

Desde : _____ Hasta : _____

OBSERVACIONES:

Fecha _____ Firma del Médico _____

Registro Sanitario _____ Nombre del Médico _____