



AVISO DE SINIESTRO SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

SECCIÓN A: EL ASEGURADO

Póliza # :

1. Apellidos y nombres del asegurado

2. Fecha de nacimiento

Día Mes Año

Sexo

1. Hombre 2. Mujer

Cédula N°

3. Dirección particular

Calle

No

Ciudad

Tel/Fax

SECCION 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

Hora

AM

PM

Donde ocurrió ?

Como ocurrió ?

5. La enfermedad

Cuando tuvo conocimiento por primera vez?

Cuando se presentaron por primera vez los síntomas?

6. Nombre y dirección del primer médico consultado:

Dirección:

Fono:

Fecha de la primera vista

de

7. Nombre y dirección de su médico y de todos los otros médicos que le asisten 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 las facturas adjuntas son verídicas y cabales según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y personas que me atendieron y a todas las clínicas y otras instituciones para que suministren a la COMPANIA 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 Médica 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.

Firma del Declarante

Adjunte por separado las Facturas detalladas de los gastos de clínica de todos y 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 se practicó cirugía, describa la operación: _____

Dónde se efectuó la operación? _____ Fecha _____ del _____

De todas las fechas en que atendió al paciente en el hospital: _____

_____ Total _____ Visitas _____

Ordenó usted la hospitalización? Si No En caso afirmativo dé el nombre del Hospital: _____

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

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

Según su opinión, cuando se originó la causa básica de esta lesión o enfermedad: _____ del _____

Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión o enfermedad? Si No

Cuánto tiempo estuvo o está el paciente parcialmente incapacitado?

Desde _____ Hasta _____

OBSERVACIONES: _____

Fecha _____

Firma del Médico _____

Registro Sanitario _____

Nombre del Médico _____