

AVISO DE SINIESTRO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

SECCIÓN A: EL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE

Póliza #:

1. Apellidos y nombres del asegurado

2. Apellidos y nombres del contratante

Fecha de nacimiento

Día	Mes	Año

Sexo

1. Masculino	2. Femenino

Cédula

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Dirección particular

Calle	No.	Ciudad	Teléfono/Fax

Correo:

Celular:

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO O DECLARANTE

1. Apellidos y nombres

Correo:

Celular:

2. Relación con el titular

Cónyugue Hijo/a Padre/Madre Otro (especifique)

3. Describa la lesión física:

4. El accidente

¿Cuándo ocurrió? Fecha

Día	Mes	Año

 Hora

AM	PM

¿Dónde ocurrió?

¿Cómo 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: del

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 COMPAÑÍA HISPANA DE SEGUROS Y REASEGUROS 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.

Lugar y fecha: _____ Firma del Asegurado y/o Beneficiario: _____

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: _____

¿Dónde se efectuó la operación? _____ Fecha: _____

Mencione 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 _____ a las: AM PM

Salida el _____ a las: AM PM

Si falleció, describa la causa _____

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

¿Se encontraba el paciente todavía bajo su cuidado antes de fallecer? SI NO

¿Cuánto tiempo estuvo o está el paciente parcialmente incapacitado?

Desde: _____ Hasta: _____

OBSERVACIONES:

Fecha: _____ Firma del médico: _____

Registro Sanitario: _____ Nombre del médico: _____

El Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro: SCVS-3-4-SF-101- 416004424-28112024 de 28 de noviembre de 2024.