

FORMULARIO DE RECLAMO ACCIDENTES PERSONALES

CONTRATANTE

No. Póliza

DATOS DEL ACCIDENTADO

Nombre Edad Telefono / Celular
Dirección Ciudad
Provincia/Estado País Ocupación
Correo electrónico:

DETALLES DEL ACCIDENTE:

Lugar del accidente: Trabajo Casa Inst. Educativo Otro Fecha del accidente:
Dirección Ciudad: Hora del accidente:
Describa que estaba haciendo y como aconteció el accidente

Describa las lesiones sufridas y los síntomas presentados

TESTIGOS DEL ACCIDENTE

Personas que presenciaron el accidente o que vieron primero al accidentado después del accidente

Nombre:
Dirección
Nombre:
Dirección

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE DEL ACCIDENTADO:

Es su médico de siempre? SI NO

Nombre:
Dirección

¿DONDE ESTÁ HACIENDO EL TRATAMIENTO DEL ACCIDENTADO?:

Lugar:
Dirección: Teléfonos:

¿Ha sufrido lesiones en la misma región anteriormente? Si No ¿Hace cuanto tiempo?

Indique el tipo de lesiones

¿Posee otro tipo de seguro de accidentes o asistencia médica? SI NO

Aseguradora: Fecha de Vencimiento
Tipo de seguro:

11. Declaraciones

Autorizo a todos los Médicos, Clínicas, Hospitales o Instituciones que me hayan asistido o me asistan en el futuro, a entregar a Constitución C.A. Compañía de Seguros cualquier información relacionada con mi estado de salud y relevo a todos ellos de la obligación de guardar secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.

Ciudad y Fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO o
REPRESENTANTE(En caso de menores de edad)

EL FIRMANTE SE RESPONSABILIZA POR LA EXACTITUD DE LAS ANTERIORES RESPUESTAS
La falsedad de los datos proporcionados, nulita la reclamación (Art. 24 Ley de Contrato de Seguros)

DECLARACIÓN DEL MEDICO

1. Nombre del lesionado
2. DIAGNÓSTICO (Describir el estado actual de las partes afectadas)
3. Las lesiones comprobadas. ¿Son consecuencia de CAUSA TRAUMÁTICA? (¿Accidente?)
4. ¿Cuándo fue consultado usted por primera vez este accidente?
5. ¿Lo atiende usted todavía?
6. ¿Es usted su médico de siempre?
7. Sírvase informar detalladamente la naturaleza de las lesiones
(Si se trata de un miembro o un ojo lesionado, sírvase indicar si es el derecho o el izquierdo)
8. ¿Los síntomas que sufre provienen solamente del accidente?
9. Sufre el lesionado de alguna enfermedad además de las lesiones presentes o tiene algún defecto físico. Si es así informar la naturaleza de la misma y hasta donde es afectada la curación normal por ella
10. DIGA SI EL LESIONADO POR SU INCAPACIDAD ESTA
 - a) Obligado a guardar cama Desde Hasta:
 - b) Obligado a quedarse en su casa Desde Hasta:
 - c) En condiciones de salir de su casa Desde Hasta:
11. Si ha habido necesidad de INTERVENCIÓN QUIRURGICA, decir la fecha en que se realizó y describirla:
12. PRONÓSTICO
En su opinión, ¿del accidente podrá resultar, MUERTE, INVALIDEZ PERMANENTE O INCAPACIDAD TOTAL?
13. Si el lesionado en su opinión se encuentra incapacitado para prestar cualquier atención a la profesión u ocupación que se menciona en la primera página, sírvase informar:

Fecha del comienzo de la incapacidad total

Probable futura duración
14. ¿Son de carácter permanente las lesiones?
15. En el caso de que el lesionado estuviera en condiciones de dar parcial atención a tal profesión u ocupación, sírvase indicar

Fecha del comienzo de la indemnización

Probable futura detención
16. Si está curado sírvase informar fecha del alta:
17. OBSERVACIONES GENERALES

Certifico que a mi mejor conocimiento las manifestaciones consignadas son verídicas.
FIRMA Y SELLO: