



Formulario de Notificación de Siniestro para Accidente y/o Enfermedad

INFORMACION GENERAL

Nombres y Apellidos Completos:					
Edad:	Años:	C.C. No.:	de:	Póliza No.:	
Fecha Nacimiento:	DD	MM	AA	Dirección Residencial:	
E-mail:				Teléfono:	
Favor indicar si se trata de: Enfermedad <input type="checkbox"/>		Accidente <input type="checkbox"/>		Fecha y hora del accidente objeto de esta reclamación	
				DD	MM
				AA	Hora:
				:	:
Fecha y hora de hospitalización:		DD		MM	AA
Dónde y cómo ocurrió el accidente? (Dar detalles completos):					
Clase de Enfermedad:					
Describa las lesiones sufridas en el accidente y/o enfermedad padecida objeto de esta reclamación:					
Cuál es su Profesión?					
Cuál es el puesto u oficio que desempeñaba al momento de ocurrido el accidente?					
Nombre y dirección del primer médico que lo atendió:					
Está usted bajo tratamiento de este mismo médico?		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
				Dé el nombre y dirección del que lo atiende ahora:	
En qué fecha dejó usted de realizar todos los deberes relativos a su ocupación?		DD		MM	AA
Diga cuándo pudo volver a realizar parte de los deberes relativos a su ocupación?		DD		MM	AA

Certifico que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verídicas y ajustadas a la realidad y autorizo a cualquier médico, clínica y hospital para suministrarlas informaciones relacionadas con la enfermedad o accidente de que trata esta reclamación.

Se firma en la ciudad de _____ a los _____
del mes de _____ de _____

Firma del Reclamante