

AVISO DE SINIESTRO SEGURO DE VIDA COLECTIVA

SECCIÓN A: EL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE

Poliza No: _____

1. Apellidos y nombre del Contratante

2. Apellidos y nombre del Asegurado

Fecha de nacimiento

Día Mes Año

Sexo

Cédula

3. Dirección particular

Calle

Nº

Ciudad

Tel/Fax

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO O 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

¿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 _____ de _____

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 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.

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 de afirmativo dé el nombre del Hospital _____

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

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

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 44524, el 17 de Febrero de 2017.