



**AVISO DE SINIESTRO  
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

**SECCIÓN A: EL ASEGURADO**

Póliza #:

1. Apellidos y nombre del asegurado

2. Fecha de nacimiento

Día Mes Año

Sexo

Cédula

1. Hombre 2. Mujer

3. Dirección particular

Calle

Nº

Ciudad

Tel/Fax

**SECCIÓN 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 causa de la muerte:

4. El accidente

Quando ocurrió?

Fecha

Año Mes Día

Hora

AM

PM

Donde ocurrió?

Como ocurrió?

5. La enfermedad

Quando tuvo conocimiento por primera vez?

Quando se presentaron por primera vez los síntomas?

6. Nombre y dirección del último médico consultado:

Dirección:

Fono:

Fecha de la primera visita

19

7. Nombre y dirección de su médico y de todos los otros médicos que le asistieron

8. Estuvo hospitalizado por esta lesión o enfermedad? Si  No  En caso afirmativo indique:

Nombre del hospital o clínica:

Fecha de ingreso:



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 COMPAÑIA 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.

Fecha, \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_ Firma del Declarante \_\_\_\_\_

Adjunte por separado todos los documentos detallados y necesarios para el caso de muerte

### SECCIÓN C: PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

De su diagnóstico completo \_\_\_\_\_

Si falleció por cirugía, describa la operación \_\_\_\_\_

Dónde se efectuó la operación? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_

De todas las fechas en que atendió al paciente en el hospital  
Total \_\_\_\_\_ Visitas \_\_\_\_\_

Ordenó usted la hospitalización? Sí  No  En caso de afirmativo dé el nombre del Hospital \_\_\_\_\_

Admitido el \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ A.M.  P.M.

Salida el \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ A.M.  P.M.

Según su opinión, cuando se originó la causa básica del fallecimiento \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Se encontraba el paciente todavía bajo su cuidado antes de fallecer? Sí  No

Cuanto tiempo estuvo o está el paciente parcialmente incapacitado?

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_

Registro Sanitario \_\_\_\_\_ Nombre del Médico \_\_\_\_\_

NOTA: El formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución # 95-445-S del 16 de Octubre de 1995