



RECLAMACION DE ACCIDENTES PERSONALES

Este formulario debe ser completado por el Médico encargado de la curación, el Patrono o Tenedor de la Póliza y por el empleado lesionado. El suministro de este formulario así como cualquier investigación por parte de la compañía con relación a cualquier reclamación, no significará que la Compañía habrá admitido como buena y válida dicha reclamación.

PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO O TENEDOR DE LA POLIZA

POLIZA No. _____ CERTIFICADO DE SEGURO No. _____

- 1.- Nombre del empleado _____
- 2.- Dirección _____
- 3.- Fecha de Nacimiento _____ 4.- Fecha de empleo _____
- 5.- Ocupación _____
- 6.- Estuvo el empleado incapacitado de trabajar a consecuencia del accidente? _____
- 7.- No obstante las lesiones sufridas, pudo él realizar alguna parte de sus labores? _____
- 8.- Cuanto tiempo duró la incapacidad total del trabajo? _____
- 9.- Cuál es su sueldo mensual? _____
- 10.- Cuando recibió por última vez su sueldo completo? _____
- 11.- En que fecha ocurrió el accidente? _____
- 12.- Cuando piensa Ud. que volverá a su trabajo? _____
- 13.- Recomienda Ud. el pago de esa reclamación? _____

Fecha _____ de _____ del 20 _____

PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO

- 1.- Nombre completo _____
- 2.- Cédula No. _____ 3.- Dirección _____
- 4.- Ocupación _____ 5.- Es casado y tiene hijos? _____
- 6.- Tiene madre, hermanos o hermanas _____ 7.- Cuanto gana como promedio diario? _____
- 8.- Estuvo incapacitado de trabajar a causa del accidente? _____
- 9.- No obstante las lesiones sufridas por Ud., pudo realizar alguna parte de su trabajo _____
- 10.- Que tiempo duró la incapacidad total de su trabajo? _____
- 11.- Día y hora en que principió la incapacidad? _____
- 12.- Lugar donde ocurrió el accidente? _____ Fecha _____
- 13.- Testigos? _____
- 14.- Cómo ocurrió el accidente? (Debe responder en forma clara y precisa a fin de dar una idea del accidente)

15.- En que fecha piensa Ud. realizar de nuevo sus labores? _____

Fecha: _____ de _____ del 20 _____

EL ASEGURADO

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO ENCARGADO DE LA CURACION

- 1.- Género de la herida _____
- 2.- Ha sido causada directamente por el accidente? _____
- 3.- Existe el concurso de otras circunstancias tales como achaques existentes o enfermedades? ¿Las tales han agravado las consecuencias del accidente? ¿En que medida? _____

- 4.- La asistencia facultativa necesaria ha sido prestada después del día del accidente? ¿Esta asistencia queda garantizada para el curso ulterior de la enfermedad? _____

- 5.- Que día empezó la asistencia facultativa? _____
- 6.- Las lesiones del asegurado lo obligaron a abandonar su trabajo en forma total? _____
- 7.- Por cuanto tiempo? _____
- 8.- No obstante las lesiones sufridas podrá el asegurado realizar alguna parte de sus labores mientras dure su incapacidad? _____
- 9.- Si es así, que tiempo durará esta incapacidad parcial? _____
- 10.- Cuando podrá nuevamente realizar su trabajo en forma total? _____
- 11.- Las lesiones sufridas fueron causadas directamente por el accidente o pueden atribuirse a factores extraños como consecuencia de enfermedad orgánica, descuido, etc.? _____

FIRMA DEL MEDICO

Dirección: _____

Fecha: _____

DEBE ADJUNTARSE A ESTE FORMULARIO COMPROBANTES DE LOS GASTOS MEDICOS INCURRIDOS, DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL MEDICO ENCARGADO DE LA CURACION.