Seguros Azul

SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS
PARA **RECLAMO DE ACCIDENTE**
PÓLIZA COLECTIVO DE ACCIDENTE/ ACCIDENTE PERSONAL

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO, **TODAS** LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN LAS DIFERENTES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO.

I. DATOS DEL ASEGURADO

1. PÓLIZA APG / API :	2. CERTIFICADO:	3. CONTRATANTE:
4.NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO:		
5.NOMBRES Y APELLIDOS DE RESPONSABLE (SI EL ASEGURADO ES MENOR DE EDAD):		
6.LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		7. EDAD
8.DIRECCIÓN:		9.OCUPACIÓN ACTUAL:

II. DATOS DEL ACCIDENTE

1. ¿DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE?:	2.FECHA:	3. HORA:
4. ¿COMO OCURRIO EL ACCIDENTE?:		
5. ¿QUE LESIONES SUFRIO EN EL ACCIDENTE?		
6. ¿QUIENES PRESENCIARON EL ACCIDENTE?		

NOMBRE	EDAD	TELÉFONO
DIRECCIÓN:		
NOMBRE	EDAD	TELÉFONO
DIRECCIÓN:		

III. DATOS MEDICOS

1. ¿QUIENES FUERON LOS MEDICOS QUE LE ATENDIERON?

NOMBRE	TELÉFONO
DIRECCIÓN:	
NOMBRE	TELÉFONO
DIRECCIÓN:	

2. ¿EN QUÉ HOSPITAL O CLINICA FUE ATENDIDO U HOSPITALIZADO?

3. SI EL ACCIDENTE OCURRIO A CONSECUENCIA DE ERROR, NEGLICENCIA O FALTA DE UN TERCERO, INDICAR EN QUE CONSISTIO:

4. ¿TIENE OTROS BENEFICIOS BAJO ALGUN OTRO PLAN DE ACCIDENTES? SI ☐ NO ☐
INDICAR EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON VERIDICAS Y EXACTAS Y AUTORIZO A TODOS LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS MEDICOS QUE SUMINISTREN A **SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS**, TODA LA INFORMACION RELACIONADA CON LO DECLARADO EN ESTE FORMULARIO, INCLUYENDO COPIA EXACTA DE SUS ARCHIVOS.

_____ F. _____

NOMBRE DEL ASEGURADO / RESPONSABLE | ASEGURADO / RESPONSABLE | FECHA:

IV. DECLARACION MÉDICA

NOMBRE DEL ASEGURADO:

EDAD: | OCUPACION:

FECHA EN QUE OCURRIO LA LESION A CAUSA DEL ACCIDENTE:

¿CUANDO FUE CONSULTADO POR PRIMERA VEZ EN RELACION AL ACCIDENTE?

DESCRIBA LOS SINTOMAS O LESIONES ENCONTRADOS:

¿LAS LESIONES FUERON CAUSADAS DIRECTA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL ACCIDENTE?

SI ☐

NO ☐ ACLARAR: _____

¿PADECE O PADECIA EL ASEGURADO, DE ALGUNA ENFERMEDAD AL MOMENTO DEL ACCIDENTE?:

¿PADECE O PADECIA EL AEGUARDO, DE LAS CONSECUENCIAS DE ALGUN ACCIDENTE ANTERIOR O DE ALGUNA INCAPACIDAD? DESCRIBA:

¿CUAL ES EL ESTADO ACTUAL DEL ASEGURADO?:

A SU JUICIO, EL ACCIDENTE PODRIA CAUSAR AL ASEGURADO:

- MUERTE. ☐
- INHABILITACION: TOTAL ☐ ¿DESDE CUANDO?

_____

PARCIAL ☐ ¿DESDE CUANDO, DURANTE CUANTO TIEMPO?

_____

TEMPORAL ☐ ¿DESDE CUANDO, DURANTE CUANTO TIEMPO?

_____

¿QUE OTROS MEDICOS HAN ATENDIDO AL ASEGUARDO POR LA MISMA DOLENCIA?

NOMBRE	TELÉFONO
DIRECCIÓN:	
NOMBRE	TELÉFONO
DIRECCIÓN:	

OBSERVACIONES ADICIONALES:

NOMBRE DEL MEDICO: | No. DE JVPM

DIRECCION: | TELEFONO: | FAX:

FIMRA Y SELLO: | FECHA: