



MAPFRE LA CENTRO AMERICANA

ALAMEDA ROOSEVELT, 3107,
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
APARTADO POSTAL 527, TEL: 2257-6666
FAX: 2223-2687

SEGURO DE VIDA

RECLAMO ACCIDENTES PERSONALES

FECHA RECIBIDO

POLIZAN*

ASEGURAMOS TU CALIDAD DE VIDA

I- DECLARACION DEL ASEGURADO

INDICACIONES

- SI EL ASEGURADO ES MENOR DE EDAD, EL FORMULARIO DEBERA SER LLENADO POR SU REPRESENTANTE LEGAL DEBIDAMENTE AUTORIZADO
- SERA RESPONSABILIDAD DEL SEGURO EL OBTENER LA DECLARACION MEDICA, SIN COSTO ALGUNO PARA COMPAÑIA. LA CUAL SERA CONTESTADA POR EL ULTIMO MEDICO QUE LO ASISTIO
- PRESENTAR FACTURAS Y RECIBOS CON EL DETALLE DE LOS GASTOS MÈDICOS REALIZADOS

BENEFICIO SOLICITADO: GASTOS MEDICOS () RENTADIA RIAPOR INCAPACIDAD () PERDIDA DE MIEMBROS U ORGANOS ()

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

OCUPACION:

DIRECCION:

TELEFONO

CONTRATANTE:

DIRECCION CONTRATANTE:

FECHA DEL ACCIDENTE

LUGAR DEL ACCIDENTE:

COMO OCURRIO EL ACCIDENTE:

DESCRIBA LAS LESIONES SUFRIDAS:

NOMBRE DEL PRIMER MEDICO U HOSPITAL CONSULTADO:

FECHA 1a CONSULTA

NOMBRE DE OTROS MEDICOS O CENTROS ASISTENCIALES QUE LE ESTEN TRATANDO LAS LESIONES:

LA DOLENCIA SURGIO A CONSECUENCIA DE O DURANTE EL TRABAJO:

SI ()

NO ()

CON QUE OTRA COMPAÑIA TIENE ESTE TIPO DE SEGURO?

DECLARO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN EL PRESENTE RECLAMO SON VERDADEROS Y AUTORIZO A LA CENTROAMERICANA, S.A. PARA QUE INVESTIGUE LA VERACIDAD DE LOS MISMOS, TAMBIEN, AUTORIZO AL MEDICO U HOSPITAL PARA QUE INFORME A LA COMPAÑIA SOBRE LOS ASPECTOS GENERALES DEL ACCIDENTE Y LOS SERVICIOS MEDICOS PRESENTADOS A MI PERSONA

FECHA

DIA

MES

AÑO

F: _____
ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

II- DECLARACION MEDICA

NOMBRE EL PACIENTE:

FECHA DEL ACCIDENTE

FECHA 1a CONSULTA

FECHA ULTIMA CONSULTA

PERIODO DE INCAPACIDAD

DESDE:

HASTA:

DESCRIBA LAS CAUSAS DEL ACCIDENTE LESIONES:

DIAGNOSTICO Y CONDICIONES CONCURRENTES:

PRONOSTICO DEL CASO:

SERVICIOS MEDICO-QUIRURGICOS PRESTADOS AL PACIENTE:

SI EL PACIENTE ESTUVO HOSPITALIZADO INDIQUE EL LUGAR Y PERIODO:

COMPLETAR ESTA PARTE UNICAMENTE EN CASO DE PERDIDA DE MIEMBROS U ORGANOS

ESPECIFIQUE EL MIEMBRO U ORGANOS PERDIDO:

TIPO DE PERDIDA

TEMPORAL () PERMANENTE ()

INDIQUE EL PUNTO DE SEPARACION DEL MIEMBRO U ORGANOS:

FECHA EN QUE SUFRIO LA PERDIDA

LUGAR Y FECHA

NOMBRE DEL MEDICO

F: _____

MEDICO

(SELLO)