MAPFRE
SEGUROS EL SALVADOR,S.A.

RECLAMOS ACCIDENTES PERSONALES
Seguro de Vida

Póliza No.

I. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

INDICACIONES

1. Si el asegurado es menor de edad el formulario deberá ser llenado por su representante legal debidamente autorizado.
2. Será responsabilidad del asegurado el obtener la declaración médica, sin costo alguno para la compañía la cual será contestada por el último médico que lo asistió.
3. Presentar facturas y recibos con el detalle de los gastos médicos realizados.

Beneficio Solicitado ○ Gastos Médicos ○ Renta Diaria por Incapacidad ○ Perdida de Miembros u Organos

Nombre: Fecha de Nacimiento: / /

Ocupación: Dirección: Tel:

Contratante:

Fecha del Accidente: / / Lugar del Accidente:

¿Cómo Ocurrió el Accidente?:

Describa las lesiones sufridas:

Nombre del Primer Médico u Hospital Consultado: Fecha 1a Consulta: / /

Nombre de otros Médicos o Centros Asistenciales que le están tratando las lesiones:

La Dolencia Surgió a Consecuencia de o Durante el Trabajo: ○ Si ○ No

¿Con qué otra Compañía tiene este Tipo de Seguro?:

Declaro que los datos proporcionados en el presente reclamo son verdaderos y autorizo a MAPFRE Seguros El Salvador, S.A., para que investigue la veracidad de los mismos también autorizo al médico u hospital para que informe a la compañía sobre los aspectos generales del accidente y los servicios médicos prestados a mi persona.

Fecha: / / F. _____

Asegurado o Representante Legal

I. DECLARACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente:

Fecha del accidente: / / Fecha 1a Consulta: / / Fecha última Consulta: / /

Periodo de Incapacidad: Desde: Hasta:

Describa las Causas del Accidente Lesiones:

Diagnóstico y Condiciones Concurrentes:

Pronostico del caso:

Servicios Médico-Quirúrgicos 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 Organo Perdido Tipo de Pérdida: ○ Temporal ○ Permanente

Indique el Punto de Separación del Miembro u Organo:

Fecha en que Sufrió la Pérdida: / /

_____	_____	F. _____	_____
Lugar y Fecha	Nombre del Médico	Médico	Sello