

## FORMULARIO DE RECLAMO ACCIDENTES PERSONALES

### A. INFORMACIÓN BÁSICA DEL CLIENTE

Nombre completo del CONTRATANTE ( Apellidos y Nombres / Razón Social)	No. Identificación	Cédula	RUC	Pssprt.	No. Póliza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### DATOS DEL ACCIDENTADO

Nombre completo (Apellidos y Nombres)	No. ID	Cédula	RUC	Pssprt.	Edad	Relación con el contratante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección Domicilio	País			Ciudad		
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Correo Electrónico	Teléfono Fijo		Teléfono Celular			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>			

### B. DETALLES DEL ACCIDENTE

Lugar del accidente	OTRO: Indique	Ciudad / País del Accidente	Fecha del Accidente	Hora del Accidente
<input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN EDUCATIVA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección del Accidente	Referencias o lugares cercanos			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Describa lo que estaba haciendo y cómo ocurrió el accidente

Describa las lesiones sufridas y los síntomas presentados

### C. TESTIGOS DEL ACCIDENTE

Nombre	Dirección	Teléfono Celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### D. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre de médico	Dirección	Teléfono Celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Es su médico de siempre?	Nombre de la Institución de Salud	Tipo de Servicio
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO
		Tipo de Atención
		<input type="checkbox"/> EMERGENCIA <input type="checkbox"/> CITA MÉDICA

### ¿DÓNDE ESTA HACIENDO TRATAMIENTO EL ACCIDENTADO?

Nombre de la institución de salud o consultorio médico	Dirección	Teléfonos de contacto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### E. SITUACIÓN DE SALUD

¿Ha sufrido lesiones en la misma región anteriormente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indique que tipo de lesiones presenta:
		<input type="text"/>
Tiempo de antigüedad de las lesiones		
<input type="text"/>		
¿Posee otro tipo de seguro de accidentes o asistencia médica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Aseguradora
		<input type="text"/>
		Tipo de Seguro
		<input type="text"/>
		Fecha de FIN DE VIGENCIA
		<input type="text"/>

### F. AUTORIZACIONES

CONSTITUCION C.A. COMPAÑIA DE SEGUROS en cumplimiento con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, tiene como objetivo precautelar el derecho que tienen sus clientes, la privacidad y protección de sus datos personales, que incluye el acceso y decisión sobre la información, datos protección de estos. En este sentido, como Cliente, Asegurado, Solicitante y/o beneficiario de una póliza de seguro autorizo a CONSTITUCION C.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, para tratar mis datos personales y los de mi representada, con la finalidad de que los datos sean utilizados para brindar el servicio del o los seguros contratado (s), garantizando el cumplimiento de la norma vigentes y la protección de sus datos personales.

Autorizo a todos los Médicos, Clínicas, Hospitales o Instituciones que me hayan asistido o me asistan en el futuro, a entregar a CONSTITUCIÓN C.A. COMPAÑIA DE SEGUROS cualquier información relacionada con mi estado de salud y relevo a todos ellos de la obligación de guardar secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.

CIUDAD Y FECHA

Nombre del Asegurado (Representante en caso de menores de edad)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO O SU REPRESENTANTE

## G. DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Nombre completo del LESIONADO( Apellidos y Nombres / Razón Social)

DIAGNÓSTICO (Describir el estado actual de las partes afectadas)

Las lesiones comprobadas. ¿Son consecuencia de CAUSA TRAUMÁTICA? (¿Accidente?)

¿Cuándo fue consultado usted por primera vez este accidente?

¿Lo atiende usted todavía?

¿Es usted su médico de siempre?

Sírvase informar detalladamente la naturaleza de las lesiones. (Si se trata de un miembro o un ojo lesionado, sírvase indicar si es el derecho o el izquierdo)

¿Los síntomas que sufre provienen solamente del accidente?

Sufre el lesionado de alguna enfermedad además de las lesiones presentes. Si es así informar la naturaleza de la misma y hasta donde es afectada la curación normal por ella

### INDIQUE SI EL LESIONADO POR SU INCAPACIDAD ESTA

A) Obligado a guardar cama o mantener reposo

DESDE

HASTA

B) Obligado a quedarse en casa

DESDE

HASTA

c) Tiene condiciones específicas para salir de casa

DESDE

HASTA

Si ha habido necesidad de INTERVENCIÓN QUIRURGICA, decir la fecha en que se realizó y describirla:

### PRONÓSTICO

En su opinión, ¿del accidente podrá resultar, MUERTE, INVALIDEZ PERMANENTE O INCAPACIDAD TOTAL?

Si el lesionado en su opinión se encuentra incapacitado para prestar cualquier atención a la profesión u ocupación que se menciona en la primera página, sírvase informar:

Fecha del comienzo de la incapacidad total

Probable futura duración

¿Son de carácter permanente las lesiones?

En el caso de que el lesionado estuviera en condiciones de dar parcial atención a tal profesión u ocupación, sírvase indicar

Fecha del comienzo de la indemnización

Probable futura detención

Si está curado sírvase informar fecha del alta:

### OBSERVACIONES GENERALES

CIUDAD Y FECHA

Certifico que a mi mejor conocimiento las manifestaciones consignadas son verídicas.

V02-JUL23

Nombre del Médico Responsable

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE