

Contratante:
No. póliza: Siniestro No.:

SECCION A: DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres: Género: M F
Tipo de Identificación: Cédula: Pasaporte: No. de Identificación:
Lugar y Fecha de Nacimiento: Nacionalidad:
dd mm aaaa
Estado civil: Soltero: Casado: Divorciado: Viudo: Unión libre: Otro (especifique):

SECCION B: DETALLE EL ACCIDENTE

1.- Cuando ocurrió el accidente. Año _____ Día: _____ Mes: _____ a las _____ horas
2.- ¿Donde ocurrió? _____ 3.- ¿Como ocurrió? _____
4.- Describe la lesión: _____
5.- Fecha en la que dejo de trabajar: _____
6.- Nombre y dirección del PRIMER medico consultado: _____
7.- Fecha de la primera visita: Año: _____ Dia: _____ Mes: _____
8.- Nombre y dirección de su médico y de los médicos que lo asisten por esta lesión: _____
9.- Estuvo hospitalizado por esta lesión? SI _____ NO _____ En caso afirmativo, indique:
Nombre del hospital: _____ Fecha de ingreso: _____
10.- Totalmente incapacitado: Desde _____ Hasta _____
Parcialmente incapacitado: Desde _____ Hasta _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, clínicas, instituciones y demás personas que me atendieron para que suministren a INTEROCEANICA C.A DE, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X pertenecientes a este reclamo.

FIRMA DEL ASEGURADO _____

SECCION C: CERTICADO DEL PATRONO EN
CASO DE SEGURO COLECTIVO

1.- Póliza No. _____ Monto asegurado _____
2.- Nombre y Apellido del Asegurado _____
3.- Ausencia al trabajo por este accidente: desde: _____ hasta: _____
4.- Empleado desde: _____
5.- Asegurado desde: _____ Cargo: _____

SECCION D: DECLARACION DEL MEDICO

1.- Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo _____
2.- De su diagnóstico completo: _____
3. Si se practicó cirugía, describa la operación _____
4.- Donde se efectuó la operación? _____ Fecha: _____
Honorarios por cirugía únicamente (exclúyase los honorarios por visitas médicas, anestias, etc.) _____
5. De todas las fechas en que atendió al paciente en el hospital _____
total _____ Visitas _____
6. Ordeno usted hospitalización? _____ Nombre del Hospital _____
Admitido el Año _____ Dia _____ Mes _____ a las _____ horas
Salida Año _____ Dia _____ Mes _____ a las _____ horas
6. Según su opinión, cuando se originó la causa básica de esta lesión? _____
7. Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? SI _____ NO _____
8. Cuanto tiempo estuvo o estará el paciente continua o completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores? _____
Desde: _____

9. Cuanto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado? _____

Desde: _____

10. Obligaciones del paciente en su trabajo: _____

**SECCION E: DOCUMENTOS QUE DEBEN SER
ADJUNTADOS UNICAMENTE EN CASO DE
FALLECIMIENTO**

a.-Partida de nacimiento y copia fotostática de cedula de identidad

b.- Partida de defunción

c.- Protocolo de Autopsia

d.- Acta de levantamiento de cadáver

e.- Parte Policial

f.- Certificado de dos testigos

g.- Certificado Médico de la causa del fallecimiento

SECCION F: OBSERVACIONES

Firma y sello _____ Lugar y fecha: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, clínicas, instituciones y demás personas que me atendieron para que suministren a INTEROCEANICA C.A DE, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X pertenecientes a este reclamo.

FIRMA DEL ASEGURADO _____