



## SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES RECLAMACION DE BENEFICIOS

Este formulario se suministra sin admisión de responsabilidad y debe ser devuelto a EQUIVIDA, contestado en su totalidad, dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia del siniestro. Posteriormente, para el cobro de las indemnizaciones adicionales, cada treinta (30) días contestando los puntos 1 y del 8 al 12.

POLIZA No. :

<b>1</b>	<b>Nombre Completo:</b>	Edad:
<b>2</b>	<b>Direcciones:</b> Residencial:	Telf:
	Comercial:	Telf:
<b>3</b>	<b>Ocupación:</b>	
	Describa con amplitud y detalles todas y cada una de las labores propias de su trabajo.	
<b>4</b>	<b>¿Cuándo ocurrió el accidente?</b> / Fecha:	
<b>5</b>	<b>Lugar, Causas y circunstancias del accidente.</b> Describa minuciosamente y sin omitir detalles DONDE, COMO Y POR QUE sucedió el accidente.	
<b>6</b>	<b>Lesiones sufridas:</b> Describa lo más ampliamente que sea posible. Si hay o puede haber la pérdida de un miembro, especifique cual es, izquierdo o derecho.	
<b>7</b>	<b>Testigos:</b> Diga el nombre, dirección y teléfono de quienes presenciaron el accidente.	
<b>8</b>	<b>Médicos:</b> Diga el nombre, dirección y teléfono de los facultativos que lo han atendido con motivo del accidente.	

9	¿ Donde podría visitarlo un Médico o funcionario de la Compañía ?
10	¿ Cuanto tiempo ha estado internado en clínica u hospital con motivo del accidente? Clínica u Hospital: _____ Fecha / Desde: _____ Hasta: _____
11	¿ Cuanto tiempo ha estado incapacitado para desempeñar TODOS y CADA UNO de los deberes y obligaciones pertenecientes a su ocupación ? Fecha / Desde: _____ Hasta: _____
12	Si tiene otros seguros contra accidentes, diga: Compañía, Valor, Renta por incapacidad que le garantizan y valor para gastos médicos.

Declaro formalmente, obrando con entero conocimiento y absoluta buena fe, que todas las afirmaciones y datos que he consignado al llenar este formulario responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir, ocultar o tergiversar circunstancias que puedan afectar la verdadera apreciación de los hechos.

Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nota : El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución # SB-INS-2001-305, registro # 21050 del 25 de Octubre del 2.001.

