

Seguros y Reaseguros



Av. Las Américas N° 453
Teléfonos: (033) 341335 - (033) 341488
Fax: (591-033) 333847
Santa Cruz - Bolivia

RECLAMO POR ACCIDENTES PERSONALES

FECHA:

Señores:
CREDINFORM INTERNATIONAL S.A. DE SEGUROS
Presente.-

SEÑORES:

POR LA PRESENTE ME (NOS) CORRESPONDE HACER CONOCER A UDS. DENTRO EL TERMINO ESTABLECIDO, DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES No. Y DE ACUERDO AL ART. 1028 DEL CODIGO DE COMERCIO, CON EL OBJETO DE DEJAR ESTABLECIDO LAS CAUSAS DEL ACCIDENTE, EXPRESANDO QUE CUANTO DECLARO(AMOS) EN ESTA CARTA Y LOS ANTECEDENTES QUE HAN PROVOCADO, CONSTITUYE UNA RELACION DE LOS HECHOS QUE ESTAN SUJETOS A LA MAS EXTRICTA VERDAD:

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS:

INSTITUCION: UNIDAD: EDAD:

DIRECCION DOM: TELEFONO:

FECHA DEL ACCIDENTE: HORA:

LUGAR EXACTO DONDE SUCEDIO:

IMPORTANTE: Explicación detallada sobre como se produjo el accidente

MEDICO TRATANTE: TELEFONO:

LUGAR DONDE SE ATENDIO:

DIAGNOSTICO EMITIDO

MEDIDAS INICIALES ADOPTADAS:

NOTA: ESTE FORMULARIO DEBERA SER PRESENTADO LO ANTES POSIBLE AL DEPARTAMENTO DE RECLAMOS DE LA COMPAÑIA ACOMPAÑADO DEL DIAGNOSTICO MEDICO Y/O HISTORIA CLINICA DENTRO DE LAS SIGUIENTES 48 HRS. INDEFECTIBLEMENTE. DE NO CUMPLIR CORRE EL RIESGO DE PERDER SUS DERECHOS DE ASISTENCIA MEDICA. ASIMISMO, CUALQUIER PAGO POR ATENCION MEDICA SERA RECONOCIDO DE ACUERDO A ARANCELES MEDICOS MINIMOS VIGENTES.

Firma del Asegurado

Firma del Médico

SUS ASEGURADORES DE CONFIANZA