



SEGUROS UNIDOS S. A.
COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS

FORMULARIO DE RECLAMOS DE ACCIDENTES PERSONALES DETALLES DEL RECLAMO

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO

DIRECCION PARTICULAR

DIRECCION COMERCIAL

PROFESION U OCUPACION EDAD..... AÑOS

No de POLIZA

1. Diga cuándo y donde tuvo lugar el accidente	Fecha.....Hora..... a.m. p.m. Lugar.....
2. Diga cómo sucedió y lo que Ud. estaba haciendo en ese momento (Sírvese dar los detalles más completos).....	
3. Diga: (a) Qué lesiones ha sufrido..... (b) Si ha sufrido alguna vez una lesión en la misma región.....	
4. Dé los nombres y domicilios de los Testigos del accidente.....	
5. Dé el nombre y dirección del médico que atendió a Ud. cuando sufrió el accidente. Es él su médico de siempre?.....	
6. Ha estado como consecuencia directa del accidente totalmente incapacitado para atender negocios de cualquier clase? Si es así, diga por cuanto tiempo.	Desde.....Hasta.....
7. Está Ud. todavía incapacitado para atender negocios de cualquier clase?	
8. Si ahora está en condiciones de atender cualquier ocupación o negocio, diga cuándo comenzó a hacerlo.	
9. Ha reanudado Ud. completamente sus negocios u ocupación habitual. Si es así desde que fecha?	
10. Cuándo y dónde puede ser Ud. visitado por nuestro médico o empleado.....	

Declaro que las manifestaciones y detalles consignados son verídicos.

Fecha

Firma

Ningún reclamo será considerado sin el correspondiente certificado médico.

CERTIFICADO MEDICO

1. Nombre del lesionado.....	
2. A su conocimiento, cómo se produjo la lesión?.....	
3. Cuándo fué consultado Ud. por primera vez por este accidente:	
4. Lo atiende Ud. todavía?	
5. Es Ud. su médico de siempre?..... Si es así, cuanto tiempo hace que lo conoce?	
6. Sírvase informar detalladamente la naturaleza de las lesiones. (Si se trata de un miembro o un ojo lesionado sírvase indicar si es derecho o izquierdo).....	
7. Los síntomas que él sufre provienen solamente del accidente?	
8. Sufre el lesionado de alguna enfermedad además de las lesiones presentes o tiene algún defecto físico?..... Si es así informar la naturaleza de la misma, en dónde es afectada la curación normal por ella.....	
9. Diga si el lesionado por su indicación está: (a) Obligado a guardar cama..... (b) Obligado a quedar en casa..... (c) En condiciones de salir de su casa.....	Desde.....Hasta..... Desde.....Hasta.....
10. 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 de comienzo de la incapacidad total..... Probable futura duración.....	
11. En caso de que el lesionado estuviera en condiciones de dar parcial atención a tal profesión u ocupación, sírvase informar: Fecha de comienzo de la incapacidad parcial Probable futura duración.....	
12. Si está curado sírvase informar fecha del alta.....	
13. Observaciones generales:	

Certifico que a mi mejor conocimiento las manifestaciones consignadas son verídicas

Firma

Dirección Fecha