



# INFORME DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE INDEMNIZACION SEGUROS PERSONALES

Fecha de Versión  
17/09/2013

Versión  
02

Código  
IN SV FO 03

INDEMNIZACION SEGUROS PERSONALES			
SUCURSAL	PRIMA	RAMO	POLIZA
	<input type="checkbox"/> RECAUDADA <input type="checkbox"/> PENDIENTE		

IMPORTANTE: PARA TRAMITAR AURORA EL PAGO DE ESTA SOLICITUD DEBE DILIGENCIARSE EN TODAS SUS PARTES ESTE FORMULARIO.

NOMBRE DEL TOMADOR		C.C./NIT	CIUDAD Y FECHA			
				A	M	D
DIRECCION COMERCIAL		CIUDAD	TELEFONO			
NOMBRE DEL ASEGURADO			C.C./NIT.			
DIRECCION RESIDENCIA		CIUDAD	TELEFONO			
ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA		Fecha exacta de cuando ocurrió el accidente				
		A	M	D		
¿QUE CUIDADOS, PRECAUCIONES O ATENCIONES SE LE PRESTARON AL LESIONADO?						
COMO OCURRIO EL ACCIDENTE: (DETALLES EN FORMA CLARA Y COMPLETA)						
EL SOLICITANTE:			(*) FIRMA JEFE SECCION (EMPRESA)			
FIRMA: _____			FIRMA: _____			
C.C. No.: _____ DE _____			NOMBRE _____			
			*Para Pólizas colectivas únicamente			
TESTIGOS DEL ACCIDENTE:						
FIRMA: _____			FIRMA: _____			
NOMBRE: _____			NOMBRE: _____			

CERTIFICADO MEDICO	
CIUDAD _____	AÑO _____ MES _____ DIA _____ HE EXAMINADO A: _____
DE _____ AÑOS, QUIEN SUFRIO ACCIDENTE EL DIA _____ DE _____ DE 19 _____	El cual ocasionó las siguientes lesiones: _____
HA RECIBIDO LA SIGUIENTE ATENCION MEDICA: (Favor indicar fechas)	

CERTIFICACION MEDICA SOBRE INCAPACIDADES	
a) La lesión accidental descrita anteriormente incapacita TOTAL y CONTINUAMENTE, al asegurado para desempeñar todas y cada una de las actividades propias de su trabajo u ocupación cotidiana, obligándolo a guardar cama o a estar recluso desde el día _____ del mes _____ de 19 _____ y hasta el día _____ del mes de _____ de 19 _____	
b) Además tendrá una INCAPACIDAD durante la cual el asegurado podrá desempeñar parcialmente sus labores actuales el día _____ del mes _____ de 19 _____ y hasta el día _____ del mes _____ de 19 _____	
Nombre del Médico: _____	Firma _____
Dirección _____ Ciudad _____ Tel _____	RM No. _____



# INFORME DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE INDEMNIZACION SEGUROS PERSONALES

Fecha de Versión  
17/09/2013

Versión  
02

Código  
IN SV FO 03

LLENESE SI LA RECLAMACION AFECTA EL AMPARO DE REEMBOLSO DIARIO DE  
HABITACION POR ACCIDENTES O ENFERMEDAD

¿DONDE SE HOSPITALIZO?					
FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL:			FECHA DE SALIDA:		
¿QUIEN ORDENO LA HOSPITALIZACION?					
OBJETO DE LA HOSPITALIZACION:					
¿QUE MEDICO LO ATENDIO?					
NOMBRE TODOS LOS MEDICOS CONSULTADOS EN EL AÑO ANTERIOR Y DIGA PARA QUE:					
NOMBRE DEL MEDICO	CAUSA DE LA CONSULTA	FECHA	CIUDAD	DIRECCION	TELEFONO
CUANDO SE PRESENTARON LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD QUE ORIGINO LA HOSPITALIZACION:					

<b>CERTIFICADO MEDICO</b>	
01	EDAD
NOMBRE DEL PACIENTE:	
CUANDO EL PACIENTE LO CONSULTO POR PRIMERA VEZ Y POR QUE CAUSA:	
02	
CUANDO SE MANIFESTARON LOS PRIMEROS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD:	
CAUSAS QUE ORIGINARON LA HOSPITALIZACION:	
EVOLUCION CLINICA DE LA ENFERMEDAD:	
ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE:	
EL TRATAMIENTO OBEDECE A UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?	

MIS HONORARIOS DURANTE LA HOSPITALIZACION FUERON LA SUMA DE: \$		
EN LETRAS		
NOMBRE MEDICO	DIRECCION:	TELEFONO:
FIRMADO EN	EL DIA	DE
		DE 19
FIRMA: _____	R.M. No. _____	
M.D.	C.C. No.:	DE
NOTA. SE DEBEN ADJUNTAR ORIGINALES DE LAS FACTURAS.		

Cualquier información adicional puede ser requerida en nuestra Sucursal más próxima.