

# INFORME SINIESTRO



<b>NÚMERO DE PÓLIZA:</b>		<b>FECHA DE AVISO DE ACCIDENTE:</b>	
Cobertura Solicitada:		Incapacidad Total Permanente por accidente	
		Gastos Médicos por Accidente	
A) Nombre del Asegurado.		B) No. de identificación:	
C) Dirección Exacta:			
Provincia:	Cantón:		Distrito:
D) Teléfonos / Celular:		Casa:	Oficina:
E-mail:		Apartado Postal:	
E) Detalle las labores propias del trabajo del asegurado (ocupación)			

## DETALLE DEL ACCIDENTE Y LESIONES SUFRIDAS

Lugar del accidente:	Fecha del accidente:
Descripción:	
Testigo del accidente:	Teléfonos:

## DETALLE DE LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA

Nombre del Médico:	Teléfono:
Dirección del Médico:	
Lugar de Hospitalización:	Fecha de Hospitalización:
Incapacidad desde:	Hasta:

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento, y por este medio autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, y a todos los hospitales y cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa ( adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a Seguros del Magisterio S.A.

Queda entendido y convenido que cualquier declaración falsa, inexacta o referencia que se determine en el presente informe del siniestro, faculta a Seguros del Magisterio S.A. a rechazar esta solicitud, y si fuera el caso anular la cobertura de la póliza

FECHA	NOMBRE DEL RECLAMANTE	FIRMA Y No DE IDENTIFICACIÓN
-------	-----------------------	------------------------------

## REQUISITOS PARA EL PAGO DE RECLAMOS

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Original y fotocopia de la cédula          | <input type="radio"/> Referencia para exámenes y / o terapia física |
| <input type="radio"/> Declaración del médico(formulario)         | <input type="radio"/> Sumaria del accidente o expediente del caso   |
| <input type="radio"/> Facturas originales Canceladas y Timbradas | <input type="radio"/> Certificación de la incapacidad               |
| <input type="radio"/> Recetas y/o prescripciones médicas         | <input type="radio"/> Otros según lo solicitado                     |