

Aviso de Accidente



**El formulario debe cumplimentarse con letra legible y con un solo color de tinta.

Número de Póliza:			
Monto Asegurado:			
Cobertura Solicitada:	☐ Incapacidad Total Permanente por accidente	☐ Gastos Médicos por Accidente	
Nombre del asegurado:			Número de cédula:
Profesión u oficio			
Teléfonos:			E-mail:
Forma de Pago:	☐ Transferencia	☐ Cheque	
Cuenta IBAN:	CR		
Detalle del accidente y lesiones sufridas			
Lugar del accidente:			Fecha del accidente:
Descripción detallada:			
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 número de identificación	
Requisitos del Reclamo			
☐ Copia de la cédula	☐ Referencia para exámenes y / o terapia física		
☐ Declaración del médico(formulario)	☐ Sumaria del accidente o expediente del caso		
☐ Factura electrónica o timbrada	☐ Certificación de la incapacidad		
☐ Recetas y/o prescripciones médicas	☐ Otros según lo solicitado		
Código OP-IP-FO-001-07, versión 03. Rige a partir del 31/07/2024			
Uso público			