

Número de Póliza \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_

Identificación No.: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:    |    |    \_\_\_\_\_    Ocupación: \_\_\_\_\_  
                                 mm    dd    aaaa**INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE**

¿Cuándo ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué estaba haciendo usted en ese momento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuál fue la causa del accidente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Que lesión(es) tuvo en este accidente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el tratamiento inicial (primeros auxilios) que recibió después de ocurrir el accidente, quien y donde lo realizó?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Fue trasladado al hospital por, o recibió atención de los servicios médicos de emergencia como paramédicos, Cruz Roja, servicios médicos municipales de emergencia, policía, bomberos, etc.?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre y direcciones de todos los médicos consultados y hospitales en que fue atendido:

NOMBRE DEL DOCTOR U HOSPITAL	TELEFONO O CORREO ELECTRONICO	FECHA(S) DE ATENCION

¿Se realizo alguna cirugía u operación como resultado de la lesión? \_\_\_\_\_

Si fue hospitalizado, indicar nombre del hospital: \_\_\_\_\_

Desde:   |   |     
 mm    dd    aaaa

Hasta:   |   |     
 mm    dd    aaaa

¿Está pendiente la realización de alguna cirugía, hospitalización, exámenes médicos o algún tratamiento médico?

---

---

---

Nombres y teléfonos de los testigos del accidente.

NOMBRE	TELEFONO

¿Hizo una notificación a las autoridades locales?  SI  NO

¿Hubo alguna publicación del accidente en la prensa local?  SI  NO

## CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Certifico que las declaraciones anteriores son completas y verdaderas según mi leal saber y entender. Autorizo a los médicos y hospitales donde fui atendido a que otorguen a Olé Insurance Group Corp. I.I. los informes médicos, expedientes e historial médico que soliciten (mismos que pueden incluir padecimientos anteriores del Asegurado), con el propósito de que puedan llevar a cabo la evaluación de reclamación.

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:      |      |       
mm dd aaa

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha:      |      |       
mm dd aaa

En caso de que el Asegurado este imposibilitado para firmar, la certificación y la autorización para el acceso a los informes médicos, expedientes e historial médico en términos del párrafo anterior es otorgada por:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación de Parentesco: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
mm dd aaaa

**Aviso:** Toda persona que, conscientemente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa podrá ser culpada de fraude de seguros y sujeta a sanciones civiles y penales.

## INFORMACION BANCARIA DEL ASEGURADO

Nombre del Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

Dirección del Banco: \_\_\_\_\_

No de Teléfono del Banco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ SWIFT/ABA

\_\_\_\_\_ Número de Cuenta

Tipo de Cuenta (Ahorros/Cheque): \_\_\_\_\_

## Favor de incluir los siguientes documentos:

1. Copia de la cedula de identidad del asegurado
2. Informe de cada médico que participó en su atención
3. Copia del expediente médico de la hospitalización
4. Reporte policial y/o de la ambulancia o paramédicos, si corresponde
5. Facturas medicas relacionadas con el incidente
6. Copia de publicaciones del accidente en la prensa local, en internet o redes sociales