

¿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 aaaa

Firma del Asegurado: _____

Fecha: | |
 mm dd aaaa

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: _____

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