

POLIZA N°

SECCION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Nombre del Asegurado:		Fecha de Nacimiento:
Edad:	Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Dirección de Domicilio:		Teléfono:
¿Era un empleado permanente al momento de incapacitarse? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿A qué otras Compañías ha presentado otra reclamación?		
ANTECEDENTES		
¿Qué enfermedad o lesión sufrió? Describa la causa de la incapacidad:		
¿En qué fecha se presentaron los síntomas de la enfermedad o lesión?		
¿Ha padecido antes de esta misma enfermedad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si es así ¿Cuándo?		
¿La incapacidad es a consecuencia de un accidente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuándo ocurrió? a las _____ A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	
¿Dónde ocurrió?		
¿Cómo ocurrió?		
TRATAMIENTO		
Nombre y dirección del primer médico consultado:		
De la fecha de la primera visita: DIA _____ MES _____ AÑO _____		
De el nombre y dirección de su médico y de todos los otros médicos que los asisten:		
• _____		
• _____		
• _____		
• _____		

¿Estuvo hospitalizado? SI NO En caso afirmativo, indique:

Nombre del hospital: _____ Fecha de ingreso: _____ / _____ / _____

Nombre del hospital: _____ Fecha de ingreso: _____ / _____ / _____

Nombre del hospital: _____ Fecha de ingreso: _____ / _____ / _____

Nombre del hospital: _____ Fecha de ingreso: _____ / _____ / _____

Nombre del hospital: _____ Fecha de ingreso: _____ / _____ / _____

¿En qué fecha dejó usted de trabajar?

¿Cuándo reanudó o podrá reanudar su trabajo?

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber entender. Autorizo a todos los médicos, Clínicas, Hospitales y otras Instituciones públicas o privadas que haya sido yo paciente para que suministren a SEGUROS ATLANTIDA, S.A., cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos. Queda aceptado que una copia fotoestática de esta autorización tendrá el mismo efecto que la original de la misma.

Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplazar la indemnización de esta solicitud hasta la obtención de todos los recaudados para la misma a su completa satisfacción.

Fecha _____ de _____ de 20 _____

Firma del asegurado _____