RIMAC Seguros

Reclamo de Accidentes Personales

Dirección:	Las Begonias Nº 475, piso 3, San Isidro, Lima			R.U.C.	20100041953
Teléfono:	411-3000	Fax:	421-0555 / 421-0570	Página Web:	www.rimac.com

Este formulario debe ser contestado y devuelto por el ASEGURADO

Detalles del reclamo

Número de Póliza:							
Nombre completo del ASEGURADO:							
Dirección particular:				Teléfono:			
Dirección comercial:				Teléfono:			
Profesión u ocupación:		Edad:	años	Altura:	cm	Peso:	kg
Sueldo mensual:							

1 ¿Cuándo y dónde tuvo lugar el accidente?

Fecha: D M A Hora: Lugar:

2 ¿Cómo sucedió y qué estabas haciendo en ese momento? (Sírvase dar los detalles más completos)

3 (a) ¿Qué lesiones has sufrido?

(b) ¿Has sufrido alguna vez una lesión en la misma región?

4 ¿Cuáles son los nombres y los domicilios de los testigos del accidente?

5 (a) ¿Cuál es el nombre y la dirección de la clínica o médico que te atendió cuando sufriste el accidente?

(b) ¿Es tu médico de siempre?

6 ¿Estás, como consecuencia directa del accidente, incapacitado para atender totalmente tus ocupaciones habituales?

Desde:

7 Si ahora estás en condiciones de atender tus ocupaciones habituales, di desde qué fecha.

(a) Parcialmente desde : (b)Totalmente desde:

8 (a) ¿Cuándo y dónde puedes ser visitado por nuestro médico o empleado?

(b) Si no te encuentras en la capital, indica la ruta más directa y la distancia a la ciudad más cercana.

Yo, el abajo firmante, declaro que las manifestaciones y detalles consignados son verídicos.

Fecha: _____ de _____ del _____

Firma: _____

Ningún reclamo será considerado sin el correspondiente certificado médico.

COD. 118356 (360 B x 50) JUNIO 2015

(VER A LA VUELTA)

RIMAC Seguros

Certificado médico

Se ruega al señor médico, contestar en manuscrito a cada pregunta con letra legible.

1	Nombres del ASEGURADO:	
2	A tu conocimiento, ¿cómo se produjo la lesión?	
3	¿Cuándo fuiste consultado por primera vez por este accidente?	
4	¿Lo atiendes todavía?	
5	(a) ¿Eres su médico de siempre?	
	(b) Si es así, ¿cuánto tiempo hace que lo conoces?	
6	Sírvase informar detalladamente la naturaleza de las lesiones. (Si se trata de un miembro o de un ojo lesionado, sírvase indicar si es derecho o izquierdo)	
7	¿Los síntomas que él sufre provienen solamente del accidente?	
8	¿El ASEGURADO sufre de alguna enfermedad, además de las lesiones presentes, o tiene algún defecto físico? Si es así, informa la naturaleza de la misma y hasta dónde es afectada la curación normal de ella.	
9	Como consecuencia directa del accidente, ¿el ASEGURADO tiene una inhabilitación temporal que le impide atender totalmente sus ocupaciones habituales?	
	Desde:	
10	En tu opinión, ¿en qué fecha puede atender el ASEGURADO sus ocupaciones habituales?	Parcialmente desde:
		Totalmente desde:
11	(a) Informa si existe posibilidad de que se declare una inhabilitación permanente, en cuyo caso dar detalles.	
	(b) Indica aproximadamente la duración del tratamiento necesario.	
	(c) ¿Es necesaria la hospitalización?	
12	Si está curado, sírvase informar fecha de alta.	
13	Observaciones generales:	

Certifico que, a mi mejor conocimiento, las manifestaciones consignadas son verídicas.

Fecha: ____ de _____ del _____ Firma: _____

Dirección: _____