

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

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

Identificación No.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: dd / mm / aa

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_

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

Ocupación: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

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

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

¿Como ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Que 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 (mm/dd/aa)

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

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

Desde: dd / mm / aa

Hasta: dd / mm / aa

¿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: dd /mm / aa

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha: dd /mm / aa

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: dd / mm / aa

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 cédula 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