

Formulario de Reclamos
ACCIDENTES PERSONALES



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
ACCIDENTES PERSONALES

Poliza No. _____ Reclamo No. _____

PARA ACILIZAR EL PROCESO DE SU RECLAMO, CONTESTE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS DETALLADAS A CONTINUACIÓN

SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1.- Sr. Sra. Sitio
Nombre y Apellido _____ Edad _____ Sexo _____
2.- Dirección Particular _____ Tel. _____
3.- Ocupación _____
4.- Lugar de Trabajo _____
5.- Describa la lesión: _____

6.- El Accidente
¿Cuándo ocurrió? _____
¿Dónde ocurrió? _____
¿Cómo ocurrió? _____

PARA PRESENTAR UN RECLAMO
1. Complete la Sección A.
2. Solicite a su médico de cabecera, que complete la Sección B.
3. Presente este formulario a SEGUROS DEL PAIS, acompañado con las facturas detalladas de los médicos y clínicas.

7.- Nombre y Dirección del PRIMER Médico consultado: _____

8.- Fecha de la PRIMERA visita _____

9.- Nombre y dirección de su médico y de todos los otros médicos que lo asistieron por esta lesión: _____

10.- ¿Faltivo hospitalizado por esta lesión? Si No en caso afirmativo, explique
Nombre del Hospital _____
Fecha de ingreso: _____

11.- Tratamiento incapacitado: Desde _____ Hasta _____
desde _____ Hasta _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verdicas y cabales, según mi conocimiento y entender. Autorizo a todos los médicos, a otras personas que me asistieron, todas las clínicas y otras instituciones, para que suministren a SEGUROS DEL PAIS, cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, Examen de Laboratorio y Rayos X pertenecientes a este accidente.
Queda entendido que SEGUROS DEL PAIS, se reserva el derecho de aplicar la legislación de este reclamo hasta la obtención de todos los resultados necesarios para la misma a su completa satisfacción.

Fecha: _____ Firma del Asegurado: _____

ADJUNTE POR SEPARADO LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DE CLÍNICA, DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO. (CIRUJANO, ANESTESISTA, AYUDANTE, RADIÓLOGO, LABORATORISTAS, ETC.)



SEGUROS DEL PAIS

MIEMBRO DEL GRUPO FINANCIERO DEL PAIS

SEGURO DE ACCIDENTES
PERSONALES



UNIVERSIDAD
JOSE CECILIO DEL VALLE



ASESORES & CONSULTORES
DE SEGUROS

Edificio Galerías La Paz, Tercer piso, Cubículo No. 310, La
Reforma, Tegucigalpa M.D.C.,
Teléfono: +(504) 2213-3706, 2213-3366
Telefax: +(504) 2220-1379
Móvil: +(504) 9992-0626
E-mail: seguros.interseguros@gmail.com



ASESORES & CONSULTORES
DE SEGUROS

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

COBERTURA DE ACCIDENTES: Este seguro cubre lesiones corporales causados, exclusivamente, por medios accidentales que ocasionen o den lugar a fallecimientos, pérdida de extremidades o de la vista, incapacidad permanente o gastos médicos, de conformidad con las diferentes cláusulas de esta póliza, siempre que dichos riesgos estén específicamente señalados en las condiciones particulares de la misma, mediante el pago de prima.

I. Coberturas

Descripción	Suma Asegurada
Muerte accidental	L. 30,000.00
Incapacidad total	L. 30,000.00
Gastos médicos	L. 15,000.00

II. Definiciones:

Por extensión y aclaración se asimilan a la noción de **Accidente**:

- La asfixia o intoxicación por vapores o gases, por la inmersión o intoxicaciones; la electrocución.
- La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado.
- El carboncio o tétanos de origen traumático
- Las consecuencias de infecciones microbianas (Herida externa causada por un accidente)
- Los accidentes que sobrevengan en la práctica como aficionado de los deportes* (Calificación de los mismos)
- Los accidentes que sobrevengan en caso de legítima defensa

III. Limitaciones de la Póliza:

La compañía no reconoce bajo esta póliza, los accidentes originados o a consecuencia de:

- Cualquier enfermedad corporal o mental; y las consecuencias de tratamientos médicos quirúrgicos que no sean motivos por accidentes amparados por la presente póliza.
- Inhabilitación o muerte proveniente de cualquier daño que intencionalmente se infiera el Asegurado.
- Los accidentes provocados por infracciones de las leyes y decretos relativos a la seguridad de las personas.
- Ninguna lesión, mortal o no, que fuere causada directa o indirectamente por motivos de guerra o revolución.
- Cualquier clase de hernia

- Cualquier enfermedad o dolencia que no fuese consecuencia de las lesiones ocasionadas accidentalmente.
- Aborto o cualquier complicación relacionada con el mismo.
- Lesiones que el asegurado sufra mientras se encuentra tomando parte en competencia en cualquier clase de vehículos.
- Actos temerarios no justificados por ninguna necesidad humanitaria, tales como apuestas, desaffos, andinismos fuera de senderos marcados.
- Efectos de la energía nuclear en cualquier forma
- Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias
- Las lesiones producidas por la acción de los rayos X, el radium y sus componentes.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE: Se entiende por accidente la acción repentina de un agente externo violento, independientemente de la voluntad del asegurado, que cause a este lesiones corporales que puedan determinarse de una manera cierta por un médico.

MUERTE ACCIDENTAL: La Compañía pagará a la persona o personas designadas como beneficiarios la suma asegurada, con deducción de las cantidades que se hubieren abonado por concepto de incapacidad permanente

INCAPACIDAD PERMANENTE.- La Compañía pagará la suma correspondiente al grado de Incapacidad Permanente, basándose en la Tabla de Indemnizaciones incorporada a la presente póliza y que forma parte integrante de ella.

GASTOS MÉDICOS: La Compañía pagará en caso de accidente, los honorarios de médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos que fueren necesarios, hasta el total de la suma asegurada bajo esta cobertura.

Queda entendido que esta suma no se aplicará por cada accidente separado, y que las indemnizaciones que se pagaren, se irán acumulando, hasta llegar a la suma total asegurada bajo este riesgo, en cuyo caso podrá restablecerse mediante el pago de la prima correspondiente, calculada a prorrata, por el período que faltare para el vencimiento de la Póliza.

RECLAMACION DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTES

- ✓ Presentar formulario de **reclamación accidentes personales** debidamente sellado y firmado por el médico y el responsable del asegurado.
- ✓ Acompañar facturas con su respectiva receta médica
- ✓ Hacer efectivo el reclamo en un plazo no mayor de 90 días
- ✓ Fotocopia de identidad o partida de nacimiento del alumno en caso de ser menor de edad.
- ✓ Fotocopia de identidades de uno de los padres en caso de ser menor de edad.
- ✓ Proporcionar nombre y número de teléfono del asegurado o responsable en caso de ser menor de edad.