



ASEGURADORA POPULAR S.A.

Tels.:2263-00700 Fax:2263-1246

Email: info@aseguradorapopular.com

operaciones@aseguradorapopular.com

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

RECLAMO N°

ATENCION MEDICA

POLIZA N°

I- DATOS DE IDENTIFICACION

Contratante: _____

Nombre del estudiante asegurado: _____ N° de Registro Seguro: _____

D.U.I. N° _____ Facultad: _____ N° Carnet de Univ.: _____

Dirección : _____ Tel.: _____

Nombre del familiar responsable: _____ Parentesco : _____

Dirección : _____ D.U.I.: _____ Tel.: _____

Lugar de Trabajo: _____ Tel.: _____

II- DATOS DEL ACCIDENTE

Lugar del accidente: _____

Hora: _____ Día: _____ Fecha : _____

Actividad que ejercía al momento del accidente: _____

Explique como ocurrió el accidente: _____

Describe los daños personales sufridos : _____

III- DATOS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO (SI FUERA EL CASO)

Vehículo en que se conducía el estudiante: _____ Marca : _____

Placas : _____ En que calidad iba en el vehículo : Motorista : Pasajero : Acompañante :

Nombre de testigos : (si hubo) _____

Autoridad que intervino : _____

Vehículo culpable : Marca : _____ Placas : _____

Nombre del propietario : _____

IV- ATENCIÓN MÉDICA

Médico consultado : _____

Hospital o Clínica : _____

Diagnóstico : _____

Consulta : Hora: _____ Día: _____ Fecha: _____

Si fue ingresado: Fecha y hora del ingreso: _____ Del Alta: _____

V- COSTO DE LOS SERVICIOS

Médicos: _____ Lab.: _____ Hospital: _____ Otros: _____

Total de costos : _____

VI- AUTORIZACIÓN

Autorizo a los médicos, hospital, clínica o laboratorios que me han atendido en la recuperación de mi salud, para que proporcionen a Aseguradora Popular, S.A., las informaciones que ésta requiera, liberándolos de cualquier prohibición que exista sobre la revelación de los datos de sus registros.

ASEGURADO	HOSPITAL O CLÍNICA
F.: _____	F.: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
Fecha : _____	Cargo : _____ sello