



Tel: 2245-6900
 Email: info@protegeseguros.com.sv
reclamos@protegeseguros.com.sv

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
 ATENCION MEDICA

RECLAMO N°

PÓLIZA N°

I - DATOS DE IDENTIFICACIÓN

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: _____
 Describa los daños personales sufridos : _____

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

Vehículo en que se conducía el estudiante: _____
 Marca: _____ Placa: _____
 En que calidad iba en el vehículo : Motorista : Pasajero : Acompañante :
 Nombre de testigos : (si hubo) _____
 Autoridad que intervino : _____
 Datos vehículo culpable : Marca: _____ Placa: _____
 Nombre del propietario : _____

IV- ATENCIÓN MÉDICA

Médico consultado : _____
 Hospital o Clínica : _____
 Diagnóstico : _____
 Información de la consulta: Hora: _____ Día: _____ Fecha: _____
 Si fue ingresado, detallar fecha y hora del ingreso: _____ Fecha y hora del alta: _____

V- COSTO DE LOS SERVICIOS

Médicos: _____ Lab.: _____ Hospital: _____ Otros (especificar): _____
 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 PROTEGE SEGUROS, 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