

## FORMULARIO DE RECLAMO POR ACCIDENTES PERSONALES

FECHA DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

POLIZA CAC- \_\_\_\_\_

Por la presente me/nos corresponde hacer conocer a ustedes dentro del término establecido de las condiciones generales de la Póliza de Seguros de Accidentes Personales y de acuerdo al Art. 1028 del Código de Comercio, con el Objeto de dejar establecido las causas del Accidente, expresando que cuanto declaro/amos en este documento y los antecedentes que han provocado, constituye una relación de los hechos que están sujetos a la más estricta verdad:

### DATOS DEL ASEGURADO:

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Empresa/Colegio: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección domicilio: \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Lugar exacto donde sucedió el accidente. \_\_\_\_\_

### DETALLE DEL ACCIDENTE:

Explicación detallada sobre cómo se produjo el accidente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DATOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA:

Médico tratante \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_

Lugar donde se atendió: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Diagnóstico emitido: \_\_\_\_\_

Medidas iniciales adoptadas: \_\_\_\_\_

Exámenes solicitados: \_\_\_\_\_

Transferencia a Especialidad: SI  NO 

Cuál? \_\_\_\_\_

### NOTA IMPORTANTE:

ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE LLENADO Y SIN DEJAR ESPACIOS EN BLANCO DEBERÁ SER PRESENTADO LO ANTES POSIBLE A LA COMPAÑÍA, DENTRO DE LAS SIGUIENTES 24 HORAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE, DE NO CUMPLIR CON ESTE REQUISITO CORRE EL RIESGO DE PERDER SUS DERECHOS DE ASISTENCIA MÉDICA, ASIMISMO EN CASO DE RECURRIR AL MÉDICO O CLÍNICA DE SU PREFERENCIA, ES DECIR NO A LOS PREFERIDOS POR LA COMPAÑÍA, CUALQUIER PAGO POR ATENCIÓN MÉDICA SERÁ RECONOCIDO CON FACTURA A **CREDINFORM INTERNATIONAL S.A. NIT 1006765027** DE ACUERDO A LOS ARANCELES MÉDICOS MÍNIMOS VIGENTES, ESTABLECIDOS POR EL COLEGIO MÉDICO DEPARTAMENTAL.

\* ESTE FORMULARIO NO ES UN INFORME MÉDICO

#### LA PAZ

Oficina Principal  
Av. Julio C. Patiño N° 550 esq.  
calle 12 Calacoto  
Telf: (591-2) 2775550  
Linea Gratuita: 800 10 7002

#### Sucursal 1

calle Capitán Ravelo N° 2328  
entre Belisario Salinas y  
Rosendo Gutierrez  
Telfs: (591-2) 2315566  
Fax: (591-2) 2203917

#### Sucursal 2

calle Capitán Ravelo N° 2400  
esq. Belisario Salinas  
Telfs: (591-2) 2315566  
Fax: (591-2) 2336733 - 2203886

#### SANTA CRUZ

Av. Las Américas N° 453  
Telfs: (591-3) 3341335, 3341488  
Of. SOAT: (591-3) 3341200  
Fax: (591-3) 3333847

#### Sucursal Equipetrol

Av. San Martín esq. calle Tucumán  
Centro Comercial Paseo San Martín  
2do piso  
Telfs: (591-3) 3419673, 3419674,  
3419675  
Fax: (591-3) 3444015

#### Camiri

Tnte. Cnl. Sánchez N° 150  
Telf. y Fax: (591-3) 9522176

#### COCHABAMBA

Av. Ballivian esq. calle. Chuquisaca  
N° 590  
Telfs: (591-4) 4250095, 4252314  
Fax: (591-4) 4252313

#### SUCRE

calle. Grau N° 485 esq. calle Oruro  
Telfs: (591-4) 6453312, 6457655  
Fax: (591-4) 6912471

#### ORURO

calle. Adolfo Mier N° 369  
Telfs: (591-2) 5277544, 5286874  
Fax: (591-2) 5284217

#### TARIJA

calle. Virgino Lema N° 232  
Telf: (591-4) 6642736  
Fax: (591-4) 6113536  
Telf SOAT: (591-4) 6675242

#### Yacuiba

calle. Juan XXIII esq. calle. Comercio  
Edif. Soruco Of. 3  
Telf. y Fax: (591-4) 6823799

#### POTOSÍ

calle. Hoyos esq. Millares N° 16  
Telf. y Fax: (591-2) 6223189

#### TRINIDAD

calle. Santa Cruz entre calle. Sucre  
y calle. Antonio Vaca Díez s/n  
Telf. y Fax: (591-3) 4628717

#### Riberalta

calle. Bernardino Ochoa N° 401  
Telf. y Fax: (591-3) 8522725

#### COBIJA

Av. Fernández Molina N° 121  
Telf. y Fax: (591-3) 8422715

www.credinformsa.com

Nombre Completo del Denunciante

Firma y sello Médico Tratante

Nota al reverso de este formulario se detalla mayor información sobre el Seguro de Accidentes Personales.



## RIESGOS CUBIERTOS

TCE: Golpes en la cabeza, hemorragia por los oídos, pérdida de la conciencia.  
 FRACTURAS: Hueso roto.  
 ESGUINCES: Torcedura de las articulaciones de tobillo y rodilla entre otros.  
 HERIDAS CORTANTES: Heridas causadas (rasmilladuras).  
 MORDEDURA DE ANIMALES DOMÉSTICOS.  
 AHOGO: En forma accidental.  
 RIESGOS ESPECÍFICOS SEGÚN PÓLIZA.

## EXÁMENES CUBIERTOS

### Exámenes complementarios de rutina

Radiología convencional de Rayos X y Tomografía Axial Computarizada

### Laboratorio

Exámenes de Valoración Pre Operatoria.

Exámenes de Laboratorio para infecciones Cubiertas

## EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas en la Póliza no se concederán en ningún caso si la muerte del Asegurado o las lesiones que sufra se deban directa o indirectamente total o parcialmente

1. Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita y/o adquirida.
2. Hospitalización, accidentes, enfermedades y/o daños producidos por ingestión o bajo efecto de bebidas alcohólicas (cualesquiera sea su grado), psicotrópicos, somníferos, sedantes, barbitúricos, opiáceas, estupefacientes, alucinógenos, drogas estimulantes o depresoras o derivados de la anfetamina.
3. Hospitalización, y/o tratamientos por tentativa de suicidio y sus consecuencias.
4. Hospitalización, y/o tratamiento por accidentes, enfermedades y lesiones causadas por catástrofes naturales o epidemias, pandemias y endemias y otras declaradas por autoridad competente.
5. Lesiones causados en asaltos o agresiones de terceras personas, aun cuando el asegurado actúe como elemento pasivo o recibidas en riñas.
6. Motines, huelgas, revoluciones y las provenientes de Servicio Pre Militar conmoción civil y disturbios Públicos.
7. La comisión de algún delito y participación en todo acto llegar a la secuela de los mismos.
8. Lesiones o enfermedades sobrevenidas en la práctica de deportes o actividades peligrosas que pongan en riesgo la salud del asegurado como ser: Carreras automovilísticas, motocross, karting, hipismo o equitación, alpinismo, excursiones a montañas por carreteras o senderos, ciclismo de montaña, paracaidismo, parapentismo, esgrima, deportes de invierno, deportes acuáticos o náuticos a vela o motor por ríos o lagos, manejo de canoas, pesca, caza y tiro.
9. Tratamientos dentales de todo tipo.
10. Implante de prótesis y órtesis de cualquier tipo.
11. Artroscopia. Cirugía con Láser y/o cualquier otro procedimiento que sustituya la cirugía convencional.
12. Cirugía con fines estéticos, exceptuando la cirugía plástica funcional en quemaduras por o/a consecuencia de accidentes, o cirugía por o/a consecuencia de lesiones causadas por otros accidentes ocurridos durante la vigencia de la Póliza, o la secuela de las mismas.
13. La rinoplastia, Septoplastia funcional o reparadora, alteraciones del tabique nasal, excepto como consecuencia inmediata (acto seguido) de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.
14. Cirugía de ojos convencional o con láser, por desprendimiento de retina.
15. Atención particular de enfermería, TV por cable, cama de acompañante y gastos consiguientes.
16. Cirugía y Tratamiento en el exterior del país.
17. Vacunas tales como: rabia, fiebre amarilla, hepatitis, paperas y tétanos.
18. Compra o alquiler de aparatos de órtesis, muletas, silla de ruedas, burritos, cojín o arnés, aparatos ortopédicos, prótesis u otros similares.
19. Resonancia Magnética.
20. Yesos plásticos, fajas, rodilleras, coderas, material fungible (exceptuando jeringas).
21. Cualquiera atención, tratamiento médico, exámenes complementarios o cirugía que no este en estricta relación con la cobertura específica de esta Póliza.