

## Formulario de accidentes

Titular de la póliza (nombre completo)
N.º de póliza de seguro

Los campos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios. Es posible que se le devuelva el formulario si no ha rellenado los campos obligatorios.

### 1. Preguntas de tipo general\*

1. Nombre de la persona lesionada	Fecha de nacimiento (día, mes, año)
Número de teléfono (+ prefijo del país/prefijo de la región)	
2. Fecha del accidente	Hora del accidente
3. Ubicación precisa del accidente (dirección completa)	
4. ¿Se llamó a la policía? En caso afirmativo, debe proporcionarnos el informe de la policía.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Le representa un abogado o alguna otra persona en relación con esta reclamación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, por favor indique los datos de contacto, incluido el número de caso.	
6. ¿El consumo de alcohol o drogas fue un factor que contribuyó al accidente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, por favor proporcione información detallada.	
7. ¿Se tomó alguna muestra de sangre con el fin de analizar los niveles de alcohol y/o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, por favor incluya una copia de los resultados.	
8. Descripción de la lesión sufrida (por ejemplo, naturaleza de la lesión, parte del cuerpo afectada).	
9. Se prestó tratamiento de emergencia:	
a) Como paciente externo en consulta médica (nombre y dirección)	Fecha(s) (desde – hasta)
b) Como paciente externo en un hospital (nombre y dirección)	Fecha(s) (desde – hasta)
c) Como paciente hospitalizado (nombre y dirección)	Fecha(s) (desde – hasta)

## 2. Accidentes laborales

1. Profesión

2. ¿Ocurrió el accidente

- mientras trabajaba en su lugar de trabajo habitual?
- mientras trabajaba lejos de su lugar de trabajo habitual (en viaje de negocios, delegación de corta duración, etc.)?
- mientras se desplazaba al lugar de trabajo o regresaba del mismo?
- mientras realizaba una actividad deportiva como deportista profesional?

3. ¿Es usted

- empleado por cuenta ajena?
- trabajador por cuenta propia/autónomo?

Si las dos respuestas anteriores son aplicables, por favor especifique:

4. Si es empleado por cuenta ajena:

¿Su empresa tiene seguro de riesgos laborales para los trabajadores?  Sí  No

¿Su empresa fue informada de su accidente laboral?  Sí  No

5. Si es trabajador por cuenta propia/autónomo:

¿Tiene seguro de accidentes reglamentario?  Sí  No

En caso afirmativo, indique datos de contacto completos:

## 3. Accidentes preescolares y escolares

1. ¿Ocurrió el accidente

- mientras asistía al centro preescolar/educativo?
- mientras se desplazaba al centro preescolar/educativo o regresaba de este?
- en los edificios o instalaciones del centro preescolar/educativo o durante el horario preescolar/educativo?

Si ninguna de las respuestas anteriores son aplicables, por favor especifique:

## 4. Accidentes durante actividades de tiempo libre

1. ¿Ocurrió el accidente

- durante un evento deportivo patrocinado por la empresa (maratón, voleibol, etc.)?
- mientras participaba en una actividad de un club deportivo?

Si es miembro de un club deportivo, ¿su club tiene seguro de responsabilidad civil?  Sí  No

Por favor, indique los datos de contacto completos del club deportivo.

- durante una actividad de tiempo libre no relacionada con lo anterior (corriendo, patinando, esquiando, etc.)?

Por favor, especifique:

## 5. Accidentes de tráfico

1. ¿Iba usted

caminando?

en bicicleta?

conduciendo el vehículo con número de matrícula

como pasajero en el vehículo con número de matrícula

Si iba usted en un vehículo, ¿llevaba el cinturón de seguridad puesto?  Sí  No

Si iba usted en una moto o ciclomotor en el momento del accidente, ¿llevaba usted el casco puesto?  Sí  No

2. Nombre y dirección del conductor del vehículo

¿Se tomó alguna muestra de sangre del conductor con el fin de analizar los niveles de alcohol y/o drogas?  Sí  No

Si es así, indique los resultados.

3. Nombre y dirección del propietario del vehículo

Empresa de seguros de automóvil (nombre y dirección)

Numero de póliza

4. ¿Estuvo otro vehículo implicado en el accidente?  Sí  No

Si es así, por favor, indique el número de matrícula del otro vehículo:

Nombre y dirección del conductor del otro vehículo

Nombre y dirección del propietario del otro vehículo

Empresa de seguros de automóvil (nombre y dirección)

Numero de póliza

5. ¿Ha iniciado alguna reclamación (o está en proceso de hacerlo) contra la otra parte?  Sí  No

¿Han iniciado reclamaciones contra usted?  Sí  No

## 6. Accidentes causados por terceros

1. ¿El accidente fue causado por un tercero?  Sí  No

Si fue así, ¿fue el accidente causado por un animal?  Sí  No

Nombre y dirección de la persona que causó el accidente (o del propietario del animal)

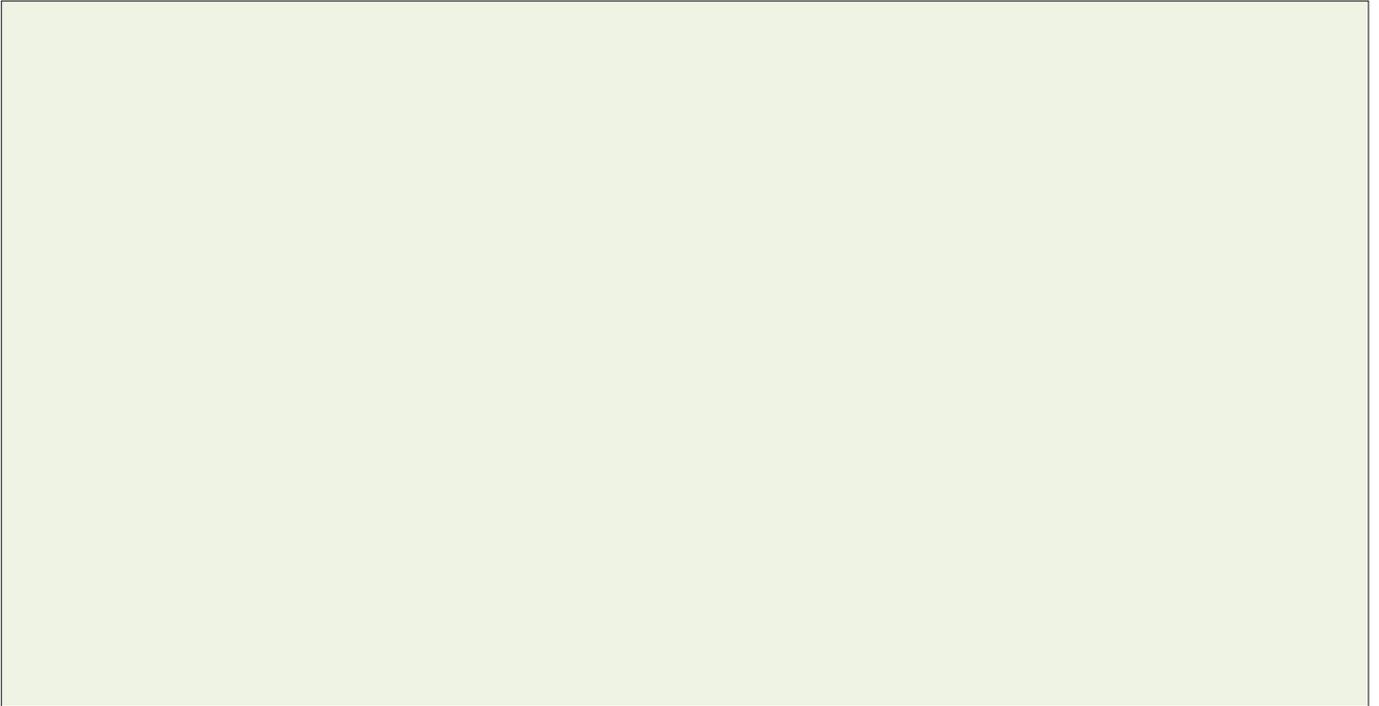
Nombre y dirección del seguro de responsabilidad civil de la persona que causó el accidente (o del propietario del animal)

Numero de póliza

¿Ha iniciado alguna reclamación (o está en proceso de hacerlo) contra el seguro de responsabilidad civil de la otra parte?  Sí  No

Nombre y dirección del posible testigo del accidente

**7. Descripción detallada del accidente, incluyendo un dibujo si fuera pertinente\***



He leído la información proporcionada en este formulario. Declaro que la información que he aportado en este formulario (así como en cualquier anexo a este formulario) es verdadera y correcta hasta donde alcanza mi conocimiento. Entiendo que hacer una reclamación o declaración falsa o engañosa para apoyar mi reclamación es punible por la ley y podría ser procesado judicialmente.

Entiendo que Foyer Global Health S.A. podría solicitar información adicional antes de procesar mi reclamación. Entiendo que mi reclamación no tendrá derecho a compensación económica si decido proseguir con la reclamación sin causa suficiente.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma