

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES

Póliza No. _____ Reclamo No. _____

PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. Sr. Sra. Srta. _____ Edad _____ Sexo _____
(NOMBRES Y APELLIDOS)

2. Dirección: _____

3. Ocupación: _____

4. Obligaciones: _____

5. Describa la lesión: _____

6. El Accidente: _____

¿Cuándo ocurrió? _____ a las A.M. P.M.

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

7. Nombre y dirección del PRIMER médico consultado: _____

8. Dé la fecha de la PRIMERA visita: _____ 20 _____

(DÍA) (MES) (AÑO)

9. Dé el nombre y dirección de su médico y de todos los otros médicos que lo asisten por esta lesión: _____

10. ¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? SI NO en caso afirmativo, indique:

Nombre del Hospital: _____

Fecha de Ingreso: _____

11. Totalmente incapacitado: Desde _____ Hasta: _____

Parcialmente incapacitado: Desde _____ Hasta: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todas las Clínicas y otras instituciones para que suministren a SEGUROS ATLANTIDA, S.A., cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos. Exámenes de laboratorio y Rayos X pertenecientes a este Reclamo.

Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este Reclamo hasta la obtención de todos los recaudos necesarios para la misma a su completa satisfacción.

Fecha: _____ de _____ de 20 _____ Firma del Asegurado _____

ADJUNTE POR SEPARADO LAS FACTURAS DE LOS GASTOS DE CLÍNICAS DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANO, ANESTESISTA, AYUDANTES, RADIOLOGO, LABORATORISTA, ETC.)

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO

1. Nombre del paciente _____ Edad _____ Sexo _____

2. De su diagnóstico completo _____

3. Si se practicó cirugía, describa la operación _____

¿Dónde se efectuó la operación? _____ Fecha _____ de 20 _____

Honorarios por cirugía únicamente (exclúyanse los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc.) L. _____

4. Dé todas las fechas en que atendió al paciente en el hospital _____

_____ Total _____ Visitas L. _____ c/u _____

5. ¿Ordenó usted la operación? _____ Nombre del Hospital _____

Admitió el _____ de 20 _____ a las A.M. P.M.
(DÍA) (MES) (AÑO)

Salida _____ de 20 _____ a las A.M. P.M.
(DÍA) (MES) (AÑO)

6. Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de esta lesión? _____ de 20 _____

7. ¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? SI NO

8. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continúa o completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?

Desde _____ Hasta _____

9. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado?

Desde _____ Hasta _____

10. Obligaciones del paciente en su trabajo:

Fecha: _____ de 20 _____ Firma del Médico _____

Observaciones: