

## 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: