

Póliza No. _____ Reclamo No. _____

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. Sr. Sra. Srta. _____ Edad _____ Sexo: F M
Nombres y Apellidos

2. Dirección: _____

3. Ocupación: _____

4. Obligaciones: _____

5. Describa la lesión: _____

6. El accidente:

¿Cuándo ocurrió? _____ de _____ de _____ a _____ a.m.
 p.m.

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

COMO PRESENTAR UN RECLAMO

1. Completar la Sección A
2. Solicitar a su médico de cabecera complete la sección B.
3. Presentar este formulario a la Compañía Asegurada con facturas detalladas de los médicos y clínicas.

7. Nombre y dirección del PRIMER médico consultado: _____

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

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 certificado que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y a otras personas que me atendieron y a todas las Clínicas y otras instituciones para que suministren a Interamericana de Seguros, 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 _____ Firma del Asegurado _____

Adjunte por separado las facturas detalladas de los gastos de clínica de todos y cada uno de los profesionales que intervinieron en el caso. (Cirujano, Anestésista, Ayudantes, Radiólogo, Laboratoristas, etc.)

SECCIÓN B: PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO

B.- ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO

1. Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____

2. Dé 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 fecha en que atendió al paciente en el hospital

_____ Total _____ Visitas a L. _____ c/u

5. Ordenó usted la hospitalización _____ Nombre del Hospital _____

Admitido el _____ de 20 _____ a las _____ a.m. Salida _____ de 20 _____ a las _____ a.m.
Día Mes Año p.m. Día Mes Año p.m.

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

7. ¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? Sí 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 _____ 20 _____ Firma del Médico _____

OBSERVACIONES: