

FORMULARIO DE RECLAMACION 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 _____
(DIA) (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 y 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 _____ del 20 _____ Firma del Asegurado: _____

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

(ver al dorso)

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO

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: _____ del 20 _____

Honorarios por cirugía únicamente (exclúyase 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 _____ del 20 _____ a las AM PM
(DIA) (MES) (AÑO)

Salida _____ del 20 _____ a las AM PM
(DIA) (MES) (AÑO)

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

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

8. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continua 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 _____ del 20 _____ Firma del Médico: _____

Observaciones: