

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN ACCIDENTES PERSONALES

Póliza No _____ Reclamo No _____

PARA AGILIZAR EL PROCESO DE SU RECLAMO, CONTESTE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS DETALLADAS A CONTINUACION

SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1.- Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ _____ Edad _____ Sexo _____
Nombres y Apellidos
2.- Dirección Particular _____ Tel.: _____
3.- Ocupación _____
4.- Lugar de Trabajo _____
5.- Describa la lesión: _____

6.- El Accidente

¿Cuándo ocurrió? _____ a _____ a.m.
Día Mes Año p.m.

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

PARA PRESENTAR UN RECLAMO

1. Complete la Sección A.
2. Solicite a su médico de cabecera, que complete la Sección B.
3. Presente este formulario a **SEGUROS DEL PAIS**, acompañado con las facturas **originales** detalladas de los médicos, medicamentos y clínicas u hospital.

7.- Nombre y Dirección del PRIMER Médico consultado:

8.- Fecha de la PRIMERA visita _____
Día Mes Año

9.- 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, explique

Nombre del Hospital _____

Fecha de Ingreso _____

11.- Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____
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, a otras personas que me atendieron, todas las clínicas y otras instituciones, para que suministren a **SEGUROS DEL PAIS**, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, Examen de Laboratorio y Rayos X pertenecientes a este Reclamo. Queda entendido que **SEGUROS DEL PAIS**, se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todos los resultados necesarios para la misma a su completa satisfacción.

Fecha: _____ 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, ANESTESISTA, AYUDANTE, RADIOLOGO, LABORATORISTAS, ETC.)

SECCION B: PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO (VEA EL REVERSO)

INFORME MEDICO

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: _____ del 200 _____

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

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

_____ Total _____ Visitas L. _____ c/u

5.- ¿Ordenó usted la hospitalización? _____ Nombre del Hospital _____

Admitido el _____ a _____ a.m./p.m Salida _____ a _____ a.m./p.m

Día Mes Año Día Mes Año

6.- Según su opinión, ¿Cuándo se originó la causa de esta lesión? _____

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 las labores?

Desde: _____

Hasta: _____

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

Desde: _____

Hasta: _____

10.- Obligaciones del paciente en su trabajo: _____

Fechado _____ Firma del Médico _____

Día Mes Año

.....

OBSERVACIONES Y DESGLOCE DE HONORARIOS MEDICOS: