

FORMULARIO DE RECLAMACION

Departamento de Accidentes Personales



Póliza No. _____ Reclamo No. _____ Certificado No. _____

Seguros de Grupo: Contratante del Seguro: _____

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

SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. Nombres y apellidos completos del Encargado: _____ Edad: _____

2. Nombre y apellidos completos del Asegurado: _____ Edad: _____

3. Dirección: _____ Teli.: _____

4. Ocupación: _____

5. Obligaciones de la Ocupación: _____

6. Describa la Lesión o Dolencia: _____

7. ¿Se debe ésta a accidente? _____

El accidente: _____

¿Cuándo ocurrió? _____ 20 _____ a las _____ A.M.
Día Mes Año P.M.

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

En caso de enfermedad, _____

¿Cuándo comenzó? _____

Indique síntomas _____

Nombre y dirección del PRIMER médico consultado: _____

10. Dé la fecha de la PRIMERA visita _____ 20 _____ Año

Día Mes

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

12. ¿Estuvo hospitalizado por esa causa? Si _____ No _____ En caso afirmativo indique:

Nombre del Hospital: _____

Fecha de ingreso: _____

Totalmente incapacitado _____ Desde: _____ Hasta: _____

Parcialmente incapacitado _____ Desde: _____ Hasta: _____

Incapacidad parcial, dé detalles: _____

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 todas las clínicas y otras instituciones para que suministren a

CHARTIS cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, Exámenes de Laboratorio y Rayos X pertenecientes a este Reclamo.

Queda entendido y convenido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este Reclamo hasta tener

toda la información necesaria a su completa satisfacción.

Fecha _____ de _____ de 20 _____

Firma del Asegurado: _____

Firma y Sello del contratante (en su caso) _____

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, Anestesiista, Ayudantes, Radiólogo, Laboratorista, etc.)

SECCION B: PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO (Véase dorso)

SECCION 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: _____

Honorarios por cirugía únicamente (excluyéndose los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc.) Q. _____

4. En casos NO QUIRURGICOS de todas las fechas en que atendió al paciente: _____

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

Admitido el _____ de 20 _____ a las _____ A.M./P.M.

Salida el _____ de 20 _____ a las _____ A.M./P.M.

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 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. Según conocimiento ¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado por esta condición o por cualquier condición debida a la misma causa o causas, o a causa o causas relacionadas? Si _____ No _____ Si afirmativo, explíquese: _____

11. En su opinión, ¿Se debe esta lesión/dolencia a causas accidentales? Dar detalles: _____

12. Detalle cualquier complicación relacionada con las causas originales/principales de la lesión/dolencia _____

"ESTA SECCION DEBE VENIR COMPLETAMENTE LLENADA EN TODOS SUS NUMERALES, DE LO CONTRARIO LA COMPAÑIA ASEGURADORA PODRA DEVOLVER LA RECLAMACION". "NO SE DEBERA OMITIR NINGUN REQUISITO SOLICITADO.

Fecha _____ de _____ de 20 _____

Firma y sello del médico: _____

Dirección: _____ Tel.: _____

OBSERVACIONES: