

**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.  \_\_\_\_\_ Nombres y Apellidos Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

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 Año9.- 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: