

**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: