

Código: SPN-F.GSP-15

No. de póliza: _____

No. de certificado: _____

DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre completo del asegurado			
Fecha de nacimiento Día / Mes / Año	No. identidad	No. de afiliación del I.H.S.S.	Última ocupación
Dirección domiciliaria			Teléfono
Nombre completo del patrono			
Dirección del patrono			Teléfono

Descripción del accidente:

Lugar donde ocurrió el accidente: _____ Fecha del accidente: _____

Describa cómo ocurrió el accidente: _____

Describa las lesiones sufridas como consecuencia del accidente: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Antecedentes clínicos: _____

¿Cuándo atendió al paciente por primera vez? _____ Diagnóstico(s) Médico(s) completo(s): _____

¿El paciente fue sometido a intervención quirúrgica debido a la lesión accidental actual?

De ser afirmativa la respuesta, favor indicar el procedimiento realizado? _____

Especificar si como consecuencia de la lesión accidental existen secuelas o pérdidas de miembros: _____

Nombre del médico tratante

Firma y sello

Especialidad

Teléfono

Autorizo a los médicos, centros hospitalarios, clínicas, centros de salud etc. que me hayan prestado servicios médicos para que le suministre a Ficohsa Seguros o a sus representantes, toda mi información médica incluyendo copia de documentos médicos: expediente clínico, resultado de exámenes médicos etc.

Nombre del asegurado

Firma del asegurado