



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE  
ACCIDENTES PERSONALES

Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_ Reclamo No. \_\_\_\_\_

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

**SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO**

1. Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_
  2. Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_
  3. Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_
  4. Dirección Exacta del Accidentado: \_\_\_\_\_
  5. Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono No. \_\_\_\_\_
  6. Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ No. Cedula \_\_\_\_\_
  7. Lugar y Fecha del Accidente \_\_\_\_\_
  8. Nombre y Dirección de los Testigos Presenciales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  9. Como sucedió el accidente? ¿Que estaba haciendo en ese momento? ¿Cuál es la naturaleza de las lesiones sufridas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  10. Esta Presentando reclamación a otra Compañía de Seguros por este mismo Accidente? \_\_\_\_\_  
consigne el nombre de la Compañía \_\_\_\_\_  
Monto del Seguro \_\_\_\_\_
  11. Nombre y dirección del primer medico consultado. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  12. De la fecha de la PRIMERA visita. \_\_\_\_\_  
Día Mes Año
  13. De el nombre y dirección de su médico y de todos los otros médicos que lo asisten por esta lesión. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  14. Estuvo hospitalizado por esta lesión? Si \_\_\_ No \_\_\_ en caso afirmativo, indique nombre del Hospital. \_\_\_\_\_ F  
Fecha de reclusión, desde el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_  
Hasta el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_
  15. Totalmente incapacitado: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
parcialmente incapacitado: 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 y a otras personas que me atendieron y a todas las clínicas y otras instituciones para que suministren a **SEGUROS CONTINENTAL, S.A.**, Cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos x pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todos los recaudos necesarios para la misma A su completa satisfacción.
- Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_ 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, Radiólogo, Laboratoristas, etc.)



**SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO.**

---

**I N F O R M E M E D I C O**

1. Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo M\_\_ F\_\_
  2. De su diagnostico completo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  3. Si se practico cirugía, describa la operación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Donde se efectuó la operación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ del 20\_\_  
Honorarios por cirugía únicamente  
(Exclúyanse los honorarios por visitas medicas, anestesia, etc.) L. \_\_\_\_\_
  4. De todas las fechas en que atendió al paciente en el hospital \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_ Visitas L. \_\_\_\_\_ c/u
  5. ¿Ordeno usted la hospitalización? \_\_\_\_\_ Nombre del Hospital \_\_\_\_\_  
Admitido él \_\_\_\_/\_\_\_\_ del 20\_\_ a las \_\_\_\_A.M. Salida \_\_\_\_/\_\_\_\_ del 20\_\_ a las \_\_\_\_A.M.  
Día Mes Año P.M. Día Mes Año P.M.
  6. Según su opinión ¿cuándo se origino la causa de esta lesión \_\_\_\_\_ del 20\_\_
  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 sus labores?  
Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_
  9. ¿ Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente incapacitado?  
Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_
  10. Obligaciones del paciente en su trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Fechado** \_\_\_\_\_ **20** \_\_\_\_\_ **Firma del Medico** \_\_\_\_\_

---

**OBSERVACIONES:**