

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. Sr. _____ Sra. _____ Srita. _____ Edad _____
Nombre y Apellidos

2. Reclamación _____ él mismo _____ Edad _____
Cónyuge _____ Nombre y Apellidos _____
hecha por _____ hijo _____

3. Dirección: _____ Tel. _____

4. Ocupación: _____

5. Obligaciones de la Ocupación: _____

6. Describa la Lesión o Dolencia: _____

¿Se debe ésta a accidente? _____

7. El Accidente:
¿Cuándo ocurrió? _____ 19 _____ a las _____ A.M.
Día Mes Año P.M.

¿Donde ocurrió? _____

¿Como ocurrió? _____

8. En caso de enfermedad,
¿Cuándo comenzó? _____
Indique síntomas _____

9. Nombre y dirección del PRIMER médico consultado: _____

10. Dé la fecha de la PRIMERA visita _____ 19 _____
Día Mes Año

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: _____

COMO PRESENTAR UN RECLAMO
1. Completar la sección A.
2. Solicitar a su médico de cabecera complete la sección B.
3. Presentar este formulario a la Compañía Aseguradora con facturas detalladas de los médicos y clínica.

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 **LA SEGURIDAD DE CENTROAMERICA, COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A.**, 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 19 _____

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)

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 19 _____ a las _____ A.M. / P.M.
Salida el _____ de 19 _____ a las _____ A.M. / P.M.
6. Según su opinión: ¿Cuándo se originó la causa básica de esta lesión? _____
_____ de 19 _____
7. ¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? Sí _____ 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 parcialmente incapacitado?
Desde: _____ Hasta _____
10. Según su 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? Sí _____ 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 COMPANIA ASEGURADORA PODRA DEVOLVER LA RECLAMACION ". " NO SE DEBERA OMITIR NINGUN REQUISITO SOLICITADO ".

Fecha: _____ de _____ de 19 _____
Firma y sello del médico: _____
Direccion: _____ Tel.: _____

OBSERVACIONES: