



ASEGURADORA LA CEIBA, S.A.

20 Calle 15-20, Zona 13 Tel: 379-1800, 334-8132

Fax: 334-8167 y 334-8168

Formulario de Reclamación para Accidentes Personales Cobertura de Gastos Médicos y Hospitalización

Importante: Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo conteste todas las preguntas detalladamente.

SECCION "A" PARA SER COMPLETADA POR EL REPRESENTANTE DEL ASEGURADO

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por Gastos Médicos incurridos por:

1. Nombre del Asegurado: _____ Sexo M F Edad _____

2. Indique índole de la dolencia: _____

3. Fué causada por un accidente: Si No en caso afirmativo indique cuándo ocurrió? _____ / _____ / _____
día mes año

¿ Dónde ocurrió? _____

¿ Cómo ocurrió? _____

4. En caso de enfermedad cuando comenzó _____ / _____ / _____ Síntomas _____
día mes año

5. Nombre y dirección del primer médico consultado: _____

Fecha de la primera consulta _____ / _____ / _____ Nombre y dirección de su médico actual, y de todos los médicos que lo
día mes año

asisten: _____

6. Estuvo anteriormente en tratamiento médico por esta dolencia: Si No En caso afirmativo indique nombre del
médico, sanatorio u hospital: _____ Fecha de admisión: _____ / _____ / _____
día mes año

7. Está incapacitado de realizar todas sus actividades cotidianas: Si No Si su respuesta es afirmativa desde
_____ / _____ / _____ Hasta que fecha : _____ / _____ / _____
día mes año día mes año

8. Observaciones: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden, los documentos y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizan a todos los médicos y otras personas quienes atendieron al asegurado y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a Aseguradora La Ceiba 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 se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.

Guatemala, _____ de _____ de _____

Teléfono: _____

Nombre del encargado o representante del asegurado.

Firma del encargado o representante del asegurado.

NO OLVIDE ADJUNTAR POR SEPARADO LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DE HOSPITAL DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANOS, ANESTESISTAS, RADIOLOGO, LABORATORISTAS, RESULTADOS DE LABORATORIO, LECTURAS DE RADIOGRAFIAS, MEDICINAS Y RECETAS TODO EN ORIGINAL Y FACTURADO A NOMBRE DE ASEGURADORA LA CEIBA, S.A. CON NIT: 502219-3

SECCION "B" PARA SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE

	Si	No
1. ¿Estaba el reclamante asegurado cuando ocurrió el accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se ha reclamado anteriormente por esta lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Recomienda que se pague este reclamo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

