SEGUROS CREFISA
Aseguramos tu tranquilidad!

APARTADO POSTAL Nº 3774
TEL. 2216-4700 - FAX: 2238-1714
TEGUCIGALPA, HONDURAS

FORMULARIO DE RECLAMACION
INFORME DEL ASEGURADO

Para evitar demoras innecesarias, conteste cada una de las preguntas descritas en el formulario
Este cuestionario se contesta y se entrega a SEGUROS CREFISA, S.A. en relación con una reclamación derivada del contrato contenido en:

POLIZA Nº_____ **CONTRATANTE**_____ **TELÉFONO:**_____ **Nº CERTIF.**_____

Nombre del Asegurado	Número de Identidad	Edad
Nombre del Paciente	**Parentesco con el Asegurado**	**Edad**

Hora y fecha que ocurrió el accidente o en que aparecieron los sintomas de la enfermedad

DIA	MES	AÑO

Fecha de la primera consulta

DIA	MES	AÑO

¿Cual fué el accidente o enfermedad? Si fue enfermedad, ¿Cuáles fueron los síntomas?

_____

Si es accidente detállese, ¿Como y donde ocurrió?

_____

Describa las lesiones sufridas a consecuencia del accidente.

_____

Han intervenido representantes de la autoridad? SI ◯ NO ◯ ¿Cuáles?_____

Nombre y Dirección de los Testigos que presenciaron el accidente	Teléfono

Si estuvo hospitalizado, Mencione el nombre del Hospital	¿ Días que estuvo hospitalizado?

¿Si después de ser hospitalizado quedó incapacitado parcialmente para desempeñar las labores propias de su ocupación. Declare cuanto tiempo?

DESDE			HAST A		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

¿Tiene el afectado algún otro Seguro contra Accidentes o enfermedades?

(Sirvase mencionar La Compañia y Nº Póliza)_____

_____

¿Cuántas reclamacíones ha presentado la persona afectada durante la vigencia de esta Póliza?_____

Nombre y Dirección del (los) Médico (s) que atendieron al reclamante Nombre Dirección	Teléfono

Certifico que las respuestas anteriores son veraces y correctas a mi conocimiento y por este medio autorizo a todos los Doctores o a cualquier otra persona que me examinaron, asi como los hospitales u otras instituciones para que suministren información completa a SEGUROS CREFISA, S.A., en relación con este reclamo.

_____ _____

Lugar y Fecha — Firma del Reclamante o Titular

INFORME DEL MEDICO

Nombre completo del paciente | Edad

Describa ampliamente el diagnóstico de la enfermedad o lesión encontrada y las complicaciones si las hubiere:

En caso de paciente femenina ¿Se debe este diagnóstico a EMBARAZO? SI ◯ NO ◯

Edad gestacional por F.U.M. _____

¿Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia por primera vez o cuándo ocurrió el accidente?

DIA	MES	AÑO

Indique la fecha de la primera consulta:

DIA	MES	AÑO

¿Que condición similar o igual a esta ha tenido el paciente y desde cuándo? _____

¿Desde cuándo ha tratado al Asegurado como paciente? _____

¿Clase de tratamiento, cirugía o intervención practicada? _____

(Describa detalladamente) _____

¿Costo de esta intervención? _____

¿Con internación? SI ◯ NO ◯

FECHA EN QUE FUE EFECTUADA

DESDE

DIA	MES	AÑO

HASTA

DIA	MES	AÑO

¿DONDE SE EFECTUÓ? _____

DIGA LAS FECHAS DEL TRATAMIENTO | Cobrado por Visita | Total

Consultorio _____

Residencia _____

Hospital _____

Explique que otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante ¿Por qué? _____

¿Está todavía el paciente a su cuidado por ésta condición? (si fué dado de alta, de la fecha)

SI ◯ NO ◯ Fecha

DIA	MES	AÑO

Si hubiere fractura o dislocación, diga si es completa o incompleta: _____

Si hubiere fractura de huesos largos, diga la clase y localización:

¿Fué confirmado por rayos X? SI ◯ NO ◯

OBSERVACIONES _____

Lugar y fecha: _____

Nombre y dirección del Médico: _____

Firma y Sello del Médico