FORMULARIO DE RECLAMACION DE ACCIDENTES PERSONALES

Seguros Atlántida

Póliza No. _____ Reclamo No. _____

PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ _____ Edad _____ Sexo _____
   (NOMBRES Y APELLIDOS)
2. Dirección: _____
3. Ocupación: _____
4. Obligaciones: _____
5. Describa la lesión: _____
   _____
   _____

6. El accidente:
   ¿Cuándo ocurrió? _____ a las _____ A.M. ☐ P.M. ☐
   ¿Dónde ocurrió? _____
   ¿Cómo ocurrió? _____
   _____
   _____
7. Nombre y dirección del PRIMER médico consultado: _____
   _____
8. Dé la fecha de la PRIMERA visita: _____ 20_____
   (DIA) (MES) (AÑO)
9. Dé el nombre y dirección de su médico y de todos los otros médicos que lo asisten por esta lesión:
   _____
   _____
10. ¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, indique:
    Nombre del Hospital: _____
    Fecha de Ingreso: _____
11. 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 otras personas que me atendieron y a todas las Clínicas y otras instituciones para que suministren a SEGUROS ATLANTIDA, 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 DE LOS GASTOS DE CLINICAS DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANO, ANESTESISTA, AYUDANTES, RADIOLOGO, LABORATORISTA, ETC.)

(ver al dorso)

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO

1. Nombre del paciente _____ Edad_____ Sexo_____

2. Dé su diagnóstico completo: _____

3. Si se practicó cirugía, describa la operación: _____
   _____

   ¿Donde se efectuó la operación? _____ Fecha: _____ del 20____

   Honorarios por cirugía únicamente (exclúyase los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc.) L._____

4. Dé todas las fechas en que atendió al paciente en el hospital: _____
   _____ Total:_____ Visitas: L._____ c/u _____

5. ¿Ordenó usted la operación?_____ Nombre del Hospital: _____

   Admitió el _____ del 20____ a las AM ☐ PM ☐
   (DIA) (MES) (AÑO)

   Salida _____ del 20____ a las AM ☐ PM ☐
   (DIA) (MES) (AÑO)

6. Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica 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 parcialmente incapacitado?
   Desde: _____ Hasta: _____

10. Obligaciones del paciente en su trabajo:
    _____
    _____
    _____

Fecha: _____ de _____ del 20_____ Firma del Médico: _____

Observaciones: