



FORMULARIO DE RECLAMACION Accidentes Personales

**Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo
conteste todas las preguntas de este formulario detalladamente.**

PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos incurridos por mi por mi esposo (a) por mi hijo (a)

Póliza No. _____ Certificado No. _____ Plan _____

Contratante del Seguro _____

Nombre del Asegurado _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo Femenino Masculino

Dirección _____ Teléfono _____

Fecha efectiva de su cobertura en el seguro _____

Ocupación _____

Actividades de la Ocupación _____

¿Se debe esta reclamación a Lesión o Dolencia contraída de o durante el trabajo o la ocupación? SI NO

Describe la Lesión o Dolencia _____

¿ Se debe ésta a Accidente? SI NO ¿Cuándo ocurrió? _____
DIA MES AÑO

¿ Cómo ocurrió? _____

¿Dónde ocurrió? _____

Nombre, dirección y teléfono del primer médico consultado _____

Dé la fecha de la primera visita _____
DIA MES AÑO

Dé nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros médicos que lo asisten por esta Lesión / Dolencia _____

¿Estuvo hospitalizado anteriormente por esta dolencia? SI NO En caso afirmativo indique:
Nombre del Hospital _____ Fecha de Admisión _____
DIA MES AÑO

Parcialmente Incapacitado Desde _____ Hasta _____

Totalmente Incapacitado Desde _____ Hasta _____

Incapacidad Parcial, dé detalles _____

Si el reclamo es de **PLAN ESCOLAR**, indicar nombre del padre del alumno o encargado a quién se emite el cheque:

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 todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a SEGUROS EL ROBLE, S.A. cualquier información, incluyendo copias exactas de sus Registros clínicos, Exámenes de Laboratorio y Rayos X pertenecientes a este reclamo. También certifico estar enterado de la aplicación del ARTICULO 915 del Código de Comercio "EXTINCION DE RESPONSABILIDAD": Que si con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieran excluir o restringir sus obligaciones, el Asegurador quedará exento de sus obligaciones.

Queda entendido y convenido que SEGUROS EL ROBLE, S.A. se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta tener toda la información necesaria a su completa satisfacción.

Firma del Asegurado _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma y Sello del Contratante _____

IMPORTANTE: ADJUNTE POR SEPARADO LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DE CLINICA DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (Cirujano, Anestesiista, Ayudante, Radiólogo, Laboratorista, Hospitales, etc.) Y ADJUNTAR A LAS FACTURAS DE MEDICINA, LA RECETA CORRESPONDIENTE.

PARA SER COMPLETADO POR MEDICO TRATANTE

1. Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____
 2. Dé su diagnóstico completo _____
 3. Describa el Tratamiento _____
 4. Según su opinión ¿Fue causada esta Lesión / Dolencia por accidente de trabajo o debido a la ocupación? SI NO
En caso afirmativo explique _____
¿Cuándo se originó? _____
 5. ¿Ordenó usted la Hospitalización? SI NO En caso negativo, indique el nombre del médico que la ordenó _____
¿En que Hospital? _____
Fecha de Admisión _____ a las _____ A.M. / P.M.
Fecha de Salida _____ a las _____ A.M. / P.M.
 6. Si se practicó cirugía, describa la operación _____
¿Dónde se efectuó la cirugía? _____ Fecha _____
Honorarios por cirugía únicamente (excluyéndose los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc.) Q. _____
 7. En casos NO QUIRURGICOS, dé todas las fechas en que atendió al paciente:
En el Hospital _____ Total _____ Visita a Q. _____ cada una.
En la Casa _____ Total _____ Visita a Q. _____ cada una.
En la Clínica _____ Total _____ Visita a Q. _____ cada una.
 8. ¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta Lesión / Dolencia? SI NO
 9. ¿Ha sido la Lesión / Dolencia bastante seria para impedir que el paciente trabaje? SI NO
 10. ¿Cuánto tiempo estuvo el paciente completamente incapacitado para efectuar todas y **cada una de sus labores**?
Desde _____ Hasta _____
 11. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado?
Desde _____ Hasta _____
 12. Según su conocimiento ¿Ha estado el paciente previamente hospitalizado por esta condición o por cualquier condición debida a la misma causa? SI NO En caso afirmativo indique: Fecha de Hospitalización _____
Nombre del Hospital _____
Diagnóstico _____
Si fue tratado o referido por otro médico, indique su nombre _____
 13. Detalle cualquier complicación relacionada con las causas originales / principales de la Lesión / Dolencia _____
 14. Considera que el paciente ha quedado completamente curado SI NO En caso negativo ¿Cuánto tiempo habrá necesidad de seguir algún tratamiento? _____
- OBSERVACIONES _____

Nombre del Médico _____
Firma y Sello del Médico _____ Fecha _____
Dirección _____ Teléfono _____

SEGUROS EL ROBLE, S.A. REEMBOLSA LOS HONORARIOS MÉDICOS COBRADOS, DEPENDIENDO DE LAS CONDICIONES INDIVIDUALES DE LA PÓLIZA CONTRATADA. EN NINGUN CASO, SERÁN RECONOCIDOS COMO GASTOS CUBIERTOS AQUELLOS QUE NO SEAN RAZONABLEMENTE NECESARIOS, NI SE PAGARÁ ALGUNO EN EXCESO DE LA CANTIDAD QUE USUALMENTE DEBA RECONOCERSE POR EL SERVICIO O MEDICAMENTO DE QUE SE TRATE.