

Para ser llenado por el RECLAMANTE

Este formulario de reclamación se suministra sin admisión de responsabilidad. Ello y el certificado médico al dorso deben ser llenados a expensas del reclamante y devueltos a la Compañía a la mayor brevedad posible.

1.- Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Céd. Ident. \_\_\_\_\_  
Póliza No. \_\_\_\_\_  
Dirección particular: \_\_\_\_\_  
Telf.: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

2.- Si es Póliza Colectiva, dése nombre del Grupo.

3.- a) ¿Cuándo ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_ c) Dense detalles de la causa y las lesiones sufridas  
Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
b) ¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

4.- Dense nombre y direcciones de los testigos, si hubo

5.- a) Dense nombre y dirección del médico que lo atendió a)  
b) Dense el nombre y dirección de su médico habitual. b)  
c) Diga dónde y cuándo pudiera visitarlo, si fuere necesario, un médico o un funcionario de la Compañía. c)

6.- a) Manifieste el número de días en que se ha visto reducido necesaria y enteramente a la cama, al cuarto o a la casa, como resultado único y directo del accidente. A) Cama \_\_\_\_\_ días Cuarto \_\_\_\_\_ días  
Desde \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_  
Hasta \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
Casa \_\_\_\_\_ días  
Desde \_\_\_\_\_  
Hasta \_\_\_\_\_  
b) Si está reducido todavía a alguna de ellas diga a cuál.  
c) ¿Ha podido atender en alguna forma o trabajos o negocios durante ese tiempo?

7.- ¿Ha reclamado o recibido alguna compensación bajo Póliza de Accidente y/o enfermedades? En caso afirmativo, dense detalles y nombre de la Entidad o Compañía.

8.- En caso de muerte, invalidez o desmembramiento:  
a) Adjúntese Certificado Médico de Defunción a)  
b) Adjúntese Certificado de Autopsia (de haber) b)  
c) Adjúntese Certificado de invalidez o desmembramiento. c)  
Nómbrese el Beneficiario y/o Heredero (s) e)

En caso de comprobarse falsedad en estas declaraciones, el derecho a indemnización será nulificado por ésta Compañía.

DECLARACION MEDICA - ACCIDENTES PERSONALIS - INDIVIDUAL O GRUPO

Asegurado: \_\_\_\_\_ Céd. Ident \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento \_\_\_\_\_

Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

AUTORIZACION: Yo autorizo formalmente al médico, abajo firmante, para que facilite cualquier información acumulada durante mis chequeos y tratamientos,

Fecha \_\_\_\_\_ (Firma paciente, o representante si es menor de edad) \_\_\_\_\_

1.- Naturaleza y extensión de las lesiones (Si se tratara de un miembro o un ojo digase si el derecho o izquierdo).

2.- Indicar causa del accidente, ¿Proviene de su empleo u ocupación? Si "si", comentar. SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3.- a) ¿Cuándo ocurrió el accidente? A) Fecha \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_  
b) ¿Cuándo atendió por primera vez al paciente? B) Fecha \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_  
c) ¿De cuáles enfermedades o accidentes ha padecido anteriormente C) \_\_\_\_\_

4.- a) Si el asegurado ha sido sometido a una Intervención quirúrgica, ¿fue debido a enfermedad o accidente? (Describa resultado) a) \_\_\_\_\_  
b) ¿Requiere otros tratamientos (no quirúrgicos)? b) \_\_\_\_\_  
Indique sus recomendaciones

5.- ¿Permanece el paciente aún bajo su control? (Si "no" indique cuándo terminaron sus servicios).

6.- Indique hasta dónde le es dado saber, hasta cuándo el paciente se verá reducido a la cama, cuarto o caso, por causa directa y única de esta lesión. CAMA \_\_\_\_\_ DIAS CUARTO \_\_\_\_\_ DIAS CASA \_\_\_\_\_ DIAS  
Desde \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_  
Hasta \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
Ambos incl. Ambos incl. Ambos incl.

7.- ¿Existe en la actualidad alguna Inhabilitación? En caso afirmativo, señálese % \_\_\_\_\_ SI "no" sírvase dar la fecha del restablecimiento.

8.- ¿Tiene conocimiento de que el paciente tenga alguna otra Póliza o plan que le cubre en esta contingencia? SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9.- Otras observaciones

Certifico por el presente que las declaraciones arriba indicadas son correctas.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección del Consultorio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_