

Accidentes Personales

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo conteste cada pregunta detalladamente

SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1.- Sr. Sra. Srta. _____ Nombres y Apellidos _____ Edad _____ Sexo _____

2.- Dirección Particular _____ Tel. _____

3.- Ocupación _____

4.- Lugar de Trabajo _____

5.- Describa la lesión _____

6.- El Accidente

¿Cuándo ocurrió? _____ a _____ a.m.
Día Mes Año p.m.

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

COMO PRESENTAR UN RECLAMO

1. Completar la Sección A.
2. Solicitar a su médico de cabecera la Sección B
3. Presentar este formulario a la compañía Aseguradora con facturas detalladas de los médicos y clínicas.

7.- Nombre y dirección del PRIMER médico consultado:

8.- Dé la fecha de la PRIMERA visita _____
Día Mes Año

9.- Dé el nombre y dirección de su médico y 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 a otras personas que me atendieron y a todas las clínicas y otras instituciones para que suministren a ASEGURADORA HONDUREÑA, S.A., cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos, Examen 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: _____ Firma del Asegurado: _____

Adjunte por separado las facturas detalladas de los gastos de clínica de todos y cada uno de los profesionales que invirtieron en el caso. (Cirujano, Anestesiista, Ayudante, Radiólogo, Laboratoristas, etc.)

SECCION B: PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO (VEASE DORSO) →

INFORME MEDICO

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO

1.- Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____

2.- De su diagnóstico completo _____

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

¿Dónde se efectuó la operación? _____ Fecha _____ del 200 _____

Honorarios por cirugía únicamente _____

(Exclúyanse los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc.) L. _____

4.- De todas las fechas en que atendió al paciente en el hospital _____

_____ Total _____ Visitas L. _____ c/u

5.- ¿Ordenó usted la hospitalización? _____ Nombre del Hospital _____

Admitido el _____ del 200 _____ a las _____ A.m. Salida _____ del 200 _____ a las _____ A.m.
Día Mes Año P.m. Día Mes Año P.m.

6.- Según su opinión ¿Cuándo se originó la causa de esta lesión? _____

7.- ¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? Si No

8.- ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continúa o completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de las labores?

Desde _____ Hasta _____

9.- ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado?

Desde _____ Hasta _____

10.- Obligaciones del paciente en su trabajo _____

Fecha _____ 200 _____ Firma del Médico _____

OBSERVACIONES Y DESGLOSE DE HONORARIOS MEDICOS:

F. 6/63