

Poliza No. _____

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

SECCIÓN A PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

1. _____ Edad _____ Sexo _____
Nombres y Apellidos

2. Dirección _____ Tel: _____

3. Ocupación _____

4. Obligaciones _____

5. Describa la lesión _____

6. El accidente

¿Cuándo ocurrió? _____ 20 _____ a _____ a.m.
Día Mes año p.m.

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

INSTRUCCIONES:

1. Completar la sección A
2. Solicitar a su médico de cabecera complete 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: Dr.(a) _____

8. Dé la fecha de la primer visita: _____ 20 _____
Día Mes Año

9. Dé el nombre y dirección de su médico y de todos los otros médicos que lo atienden 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 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 e instituciones para que suministren a la Compañía de Seguros 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, o de negar la misma si no existe soporte / cobertura. Declaro que, en cumplimiento de la Resolución SS N° 1676/29-10-2012 emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), autorizo a la compañía de seguros a consultar información referente a reclamos presentados sobre las pólizas de seguros contratadas a mi favor en la Central de Información del Sector Asegurador (CISA), herramienta administrada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), en cualquier tiempo, mientras exista una relación contractual entre ambas partes. Declaro(amos): (1) que la información proporcionada es exacta, completa, correcta y verídica; (2) Que acepto que se considerada como base para la emisión de la póliza de seguro solicitada y forma parte integral de la póliza; (3) Que la aseguradora queda por este medio autorizada, en el momento que estime conveniente, a investigar mis referencias en la central de riesgo de la Comisión Nacional de Banca y Seguros o de cualquier información de datos de crédito (4) Que en el cumplimiento de la resolución SS N 1676/2910-2012 emitida por la Comisión de Banca y Seguros (CNBS), autorizo a la Compañía de Seguros a consultar información referente a reclamos presentados sobre pólizas de seguros contratadas a mi favor en la Central de Información del Sector Asegurador (CISA), herramienta administrada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), en cualquier tiempo mientras exista una relación contractual entre ambas partes. Al proveer su información personal a la compañía a través de las solicitudes de seguro y al firmar abajo usted da su consentimiento para la recolección y procesamiento (incluyendo la divulgación y la transferencia internacional) de su información personal de acuerdo a lo establecido en la política de privacidad, usted puede solicitar una copia de dicha política al correo honduras.sugerencias@assanet.com. En la medida que haya proporcionado (o proveerá) información personal a la compañía sobre cualquier otra persona, usted certifica mediante su firma que usted a provisto información al individuo a cerca de la política de privacidad y que usted esta autorizado para divulgar su información personal a la compañía tal y como se está detallando en la política de privacidad. Certifico que he leído y comprendido los términos y condiciones de cobertura de la póliza de seguro que estoy (amos) solicitando.

Fecha: _____ de: _____ del 20 _____ Firma del Asegurado: _____

Adjunte por separado las Facturas detalladas de los gastos de clínica de todos cada uno de los profesionales que intervinieron en le caso. (Cirujano, Anestesiista, Ayudantes, Radiologo y Laboratorista. etc.).

SECCIÓN B PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO O ENCARGADO (VEASE EL DORSO) →

SECCIÓN B PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO ENCARGADO

1. Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____

2. De su diagnostico completo _____

3. Sí se practico cirugía, describa la operación _____

¿Donde se efectuó la operación? _____ Fecha _____ 20 _____

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

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

_____ Total _____ Visitas a L. _____ c/u

5. Ordenó usted la hospitalización _____ Nombre del Hospital _____

Admitido el _____ del 20 _____ a las _____ am. | Salida _____ del 20 _____ a las _____ am.
 día mes año pm. | día mes año pm.

6. Según su opinión ¿Cuándo se origino la causa de esta lesión? _____ del 20 _____

7. ¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? SI NO

8. ¿Cuanto tiempo estuvo o estará el paciente continua o completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?

desde _____ hasta _____

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

desde _____ hasta _____

10. Obligaciones del paciente en su trabajo: _____

Fechado _____ del 20 _____ Firma del médico _____

Observaciones: