

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. Srita. _____ 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 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 verdicas 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, Exámen 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 intervinieron en el caso. (Cirujano, Anestésista, Ayudante, Radiólogo, Laboratorista, etc.)

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